

国際医療協力

Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Vol.16No.8 8月号

1993年8月15日

編集責任者：日置久子 片山新子

事務局 岡山市栢津310-1菅波内科医院

(TEL)086-284-7730 (FAX)086-284-6758



日本—バングラデシュ友好病院の前で、希望に燃えるバングラデシュの医師。
(Dr. ジュナイド、Dr. ナイーム、Dr. ムアザン)

主要トピック

アジア多国籍医師団準備委員会報告(17)

なぜ今NGO(国際民間協力団体)なのか(菅波茂)

ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト(岡崎洋子/長谷川昭一/根本昌広/
島村雅俊/江上由利子/永野章子/Dr.Saroj Ojha /Dr.Kuntal Saha)

ネパール/バングラデシュ大洪水被災民救援医療プロジェクト

ブータン難民救援医療プロジェクト(篠原明/山本秀樹)

カンボジア救援医療プロジェクト(熊沢ゆり/菅波茂/今川駐カボジア大使/
Dr.Wiliam)

林原フォーラム93'報告第二分科会その2(朔元洋/Dr.Pongsiri Prathnadi)

国際医療情報センター便り(小林米幸/香取美恵子)

外国人の医療に関する研究(国井修/野見山一生)

ソマリアに思いをよせて(国井修)

岩手便り(岩井くに)

AMDAへのメッセージ(勝端夫佐子氏/井上詔子氏)

事務局便り

アジア医師連絡協議会

ご案内

(理念) Better Medicine for Better Future in Asia

(沿革) 1979年タイ国にあるカオイダンのカンボジア難民キャンプにかけつけた1名の医師と2名の医学生の活動から始まっています。

(現状) アジアの参加国は15カ国。会員数は日本300名、アジア各国総数500名。アジア各地で種々のプロジェクト、フォーラム等を実施中。

(本部) 岡山市栢津310-1菅波内科医院 (電) 086-284-7730(Fax)086-284-6758

プロジェクト紹介 (参加希望者は本部までご連絡ください)

(国内)

在日外国人医療プロジェクト

1991年4月17日にAMDA国際医療情報センターを設立。在日外国人をはじめとする関係者からの医療に関する電話相談、受け入れ医療機関の紹介、シンポジウム、セミナーの開催などを行なっています。

(海外)

ネパール/バングラデシュ大洪水被災民救援医療プロジェクト

1993年7月24日よりネパール/バングラデシュ大洪水被災民救援医療活動をAMDA-Nepal,AMDA-Bangladesh,AMDA-Japan、在岡山MGO等合同で開始。

ソマリア難民救援医療プロジェクト

1993年1月よりケニヤ国内/ジブチ国内/ソマリア本国難民救援医療活動をAMDA-Japan,AMDA-Bangladesh,AMDA-India,AMDA-Nepal等合同で開始。

カンボジア難民本国帰還緊急対応医療プロジェクト

1992年7月よりタイから帰還するカンボジア難民対応した緊急医療活動をAMDA-Japanの指導下を実施中。

ブータン難民緊急救援医療プロジェクト

1992年6月よりネパールに流入しているブータン難民にAMDA-Nepalの指導下にAMDA-Japan,の2カ国が国際合同緊急救援活動を実施中。

ピナツボ火山噴火被災民救援プロジェクト

1991年11月よりフィリピン支部のルソン島ピナツボ火山噴火被災民キャンプ医療活動へ医薬品援助と共に医師およびヘルスワーカーを派遣。

ネパール王国ビスヌ村地域医療プロジェクト

1991年7月からネパール支部のビスヌ村農村の地域医療推進活動へ医療用ジープ寄贈とともに医師等を派遣。AMDAネパールクリニック開設。

アジア多国籍医師団

1993年5月22日に創設。アジアの自然災害や難民等の緊急時に瞬敏に対応できる全支部(15カ国)から構成されたAMDAの緊急救援医療部門である。

現在NGO4団体の連合体であるソマリア難民救援チームに参加して活動中。

連絡先と役員 (AMDA日本支部)

701-12 岡山市櫛津310-1 菅波内科医院内 アジア医師連絡協議会
(Tel)086-284-7730, (Fax)0862-84-6758 /84-7645

役員 代表 菅波茂 (菅波内科医院)
副代表 小林米幸 (小林国際クリニック)
国井修 (ハーバード大学留学中)
プロジェクト実行委員長 中西泉 (町谷原病院)
ソマリアプロジェクト委員長 国井修 (上記)
カンボジアプロジェクト委員長 桑山紀彦 (山形大学精神科)
ネパールプロジェクト委員長 山本秀樹 (ハーバード大学留学中)
健康教育プロジェクト委員長 三宅和久 (宇治徳州会)
事務局長 山本秀樹 (ハーバード大学留学中)
事務局次長 津曲兼司 (菅波内科医院)
事務局 (常勤) 岡崎洋子、成澤貴子、片山新子
(非常勤) 岡崎清子、清輔幸子、日置久子

(AMDA国際医療情報センター) 160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1ハイジア
(Tel)03-5285-8086, 8088,8089 (Fax)03-5285-8087

役員 所長 小林米幸 (小林国際クリニック)
副所長 中西泉 (町谷原病院)
事務局長 香取美恵子
事務局 田中里恵子 / 中戸純子 / 近藤麻理 / 李佩玲 (常勤)

AMDA支部

日本、韓国、台湾、香港、フィリピン、インドネシア、タイ、マレーシア、シンガポール、インド、バングラデッシュ、ネパール、スリランカ、パキスタン、カンボジア

入会方法

郵便振替用紙にて所定の年会費を納入してください。平成5年1月より。

正会員 15000円 (医師に限る)
準会員 7500円 (医師以外の社会人の方)
学生会員 5000円 (学生に限ります)

ただし、会計年度は4月～翌年3月です。入会の月より会報を送付致します。

振替先：郵便振替口座「アジア医師連絡協議会：岡山5-40709」

なお、会費と共にAMDAプロジェクトのためにカンパをお寄せになる方は振替用紙の通信欄に「000プロジェクトのために」などご記入ください。

AMDA活動に関するビデオテープお分けします (1本3000円)

各種ビデオがあります。ご希望の方は下記にお問い合わせの上現金を現金書留で下記にお送りください。

242神奈川県大和市西鶴間3-5-6-110 小林国際クリニック 小林米幸

今なぜNGO（国際民間協力団体）なのか

緊急救援NGOグループ育成を

代表 菅波茂

人権、環境そして多様性の共存は現在及び今後の世界の動きを理解するキーワードであり基本的なコンセプトである。NGO活動もこの動きと無関係ではありえない。特に、人命が危機にさらされている時の緊急救援活動は論理を超えた人類共通の情念である。1993年8月初め、激しい内戦の続くボスニア・ヘルツェゴビナ紛争で重傷を負った5才の少女イルマちゃんを救うためにイギリスがメジャー首相の英断で空軍機を飛ばした。マスコミがイルマちゃんのことを報道し、盛り上がった世論によって国家が動かざるを得なかった例である。この「何とかしなければという気持ち」がヒューマンイズムの原点である。飛行機を飛ばしたのはその表現方法である。緊急救援医療を活動を行なうかどうかで究極の人間性を問われ、存在理由すら問われることがある。これが国際社会での常識である。優先順位の高さから考えれば突発的な緊急救援医療活動に応じることのできる体制を官民一体となって急で整える必要がある。このために第1回国際貢献NGO懇話会が8月7日開催された。オーキッドプラン（緊急救援NGOグループ活動支援体制整備3ヶ年戦略）が採択された。オーキッドとはタイの国花である蘭のこと。日本のNGOの緊急救援活動が1979年のタイ・カンボジア難民を原点にしていることからこう命名した。また、緊急救援医療活動を最も必要としているのは子供である。子供は英語でKidという。オーキッドは、Oh,Kidの意味でもある。オーキッドプランの達成されることを望みたい。

(第3種郵便物認可)

毎日新聞 1993年(平成5年)7月7日(水曜日)

アジア医師連絡協議会ソマリア救援委員長 国井 修

これらの活動は国際医療協力への強いモチベーションをもった若い人材と、友情をベースとしたアジア十数カ国のネットワークを育てることに成功し

日本の民間による国際医療協力も新時代を迎えている。私が医学生であったころ、第三世界の医療に関心を持つ医師、医学生は全国を探してもわずかであった。そのマイノリティが全国的に集い、組織的な行動を起こす契機となったのが一九七〇年代後半のカンボジア難民問題である。実際に現地を訪れた医学生たちは、過酷な環境下で献身的に救援活動を行う西欧の医師たちの姿を見て無関心な自国の民に怒りを感じた。若さ故、この怒りは自分たちで将来を変えなくてはならないとの使命感に変わり、行動に移ったのである。まず、日本のみならずアジア各国の医学生を集めて学生組織(A.M.S.A.)を作った。国際会議やフィールドワークを企画・運営し、企業回りや街頭募金などで集めたわずかな資金でマニラのスラム街にさながらヘルスセンターを建てた。しかし、活動すればするほど、知識も技術も資金力もない学生の身分に無力感と自己憐憫を感じていくのも事実である。

私見
直言

国際医療協力促進のために



た。これらを基盤としてアジア十二カ国に支部を持つ多国籍の民間国際医療救援団体、アジア医師連絡協議会(A.M.D.A.)が設立された。現在、カンボジア、バングラデシュ、ネパール、ソマリアなどで従事し、日本やへき地の保健医療に従事し、日本国内にはA.M.D.A.国際医療情報センターを設置して在日外国人の医療問題に取り組んでいる。今年の五月に正式発足した「A.M.D.A.アジア多国籍医師団」は、緊急医療救援に当国を含めたアジア各国から民族、宗教、言語の異なる医療従事者を派遣するものである。

現在、ソマリア難民救援に日本、フィリピン、バングラデシュ、ネパールから医師、看護婦二十人以上が参加しているが、国境を超えて多種多様な医療者が一緒に同じ人類のために汗を流すという経験を通じて言葉を越えた国際理解が得られているようである。

最近、第三世界の医療に関心をもち若者が増えていることがうれしいことであるが、精神や情熱だけでは人々を救うことはできない。世界で求められているものは、深い知識と技術のある国際医療協力のプロである。日本にはそのような人材を育てる。その生活を保証できる機関が官民ともにいまだ実質である。これは国際協力に対する日本人一人ひとりの一層の理解と協力がなければ実現し得ないと思う。

オーキッド プラン

緊急救援NGOグループ活動支援体制整備3ヶ年戦略

(理念)

NGOによる自然災害や難民に対する緊急救援活動推進に必要な包括的支援体制整備による「日本の国際貢献」の具体化と向上をはかる

(目的)

- 1) 欧米のNGOに比べて遜色のない活動
- 2) 日本にふさわしい活動
- 3) 日本国民が誇れる活動

(内容)

- 1) 欧米のNGOに比べて遜色のない活動(量と質の確保)
 - 1) 派遣地域/派遣回数/派遣規模
 - 2) 派遣システム
 - 1) 緊急時
 - 1) 緊急アセスメント実施
 - 2) 輸送/通信体制確保
 - 3) 人員選定/派遣
 - 4) 活動資金調達
 - 5) 救援物資調達
 - 6) 日本政府との連絡調整
 - 7) 現地政府との連絡調整
 - 8) 国連機関との連絡調整
 - 2) 非緊急時
緊急時に要求される項目の準備
- 2) 日本にふさわしい活動(特徴を活かす)
 - 1) 緊急救援NGO連合チーム方式
 - 2) 海外ローカルNGOとの連係活動方式
 - 3) 企業による現物提供ボランティア方式
 - 4) 官民一体オープン方式
 - 5) その他
- 3) 日本国民が誇れる活動(参加の場づくり)
 - 1) 緊急救援NGOウォッチャーメディアとの連係
 - 2) 地方の諸団体(国際交流、人道主義活動等)との連係
 - 3) 企業ボランティア制度との連係
 - 4) 地方自治体研修制度との連係
 - 5) 海外進出企業との連係

表彰状

アジア医師連絡協議会日本支部 殿

貴支部は多年国際医療活動の
推進に尽力されもつてわが国と
諸外国との友好親善に寄与し
その功績顕著なものがあります
ここに深甚なる敬意を表する
とともに表彰します

平成五年七月二十三日

外務大臣 武藤 嘉文





MAINICHI



発行所：大阪市北区梅田3丁目4番5号 〒530-51 電話(06)345-1551
郵便振替口座 大阪2-450番
©毎日新聞社1993

1993年(平成5年) 7月24日 土曜日

輝く外務大臣表彰

アジア医師連絡協議会



武藤外務大臣から表彰状を受け取るAMDАの友貞事務局長(左)

難民ら医療援助に貢献

アジア十四カ国の医師らで作る「アジア医師連絡協議会(AMDА)」(菅波茂代表、事務局・岡山市)が今年度の外務大臣表彰(国際協力推進に顕著な功績)を受賞、二十三日、東京都港区麻布台一の外務省飯倉公館で表彰式があった。AMDАは一九八四年に発足。アジア各国の医師らと協力して、自然災害の被災者や難民に対する医療援助活動を続けている。今年一月からは、内戦で国を追われたソマリア難民に対する援助活動をしている。今回、表彰されたのは個人四十人、団体二十グループ。式では武藤嘉文外務大臣が「表彰された人々はみな、諸外国との友好親善、国際協力推進に顕著な功績

があらたに人ばかり。日ごろのご苦労、ご努力に感謝します」とあいさつ。AMDАを代表して友貞多津子・アジア他国籍医師団基金事務局長が武藤外務大臣から表彰状を受け取った。

式後、友貞さんは「発足以来、勉強しながらやって

きて、やっと今成人式を迎えたところ。人的貢献についてはかなりできるようなりましたが、今後さらさら組織を整備して、必要とあればすぐに援助に駆けつけられるようにしたい」と話していた。

ソマリア難民救援プロジェクト

～中間評価および視察報告～

アジア医師連絡協議会事務局

ソマリア担当 岡崎洋子

7月16日夕方、津曲兼司事務局次長、岡山県加茂川町役場の柳原富美男氏、石坂公宏氏、私の4名でソマリア難民プロジェクトの視察に出発した。この視察団は8月1日の帰国までソマリランドのハルゲイサ市ハルゲイサ中央病院再建プロジェクト、ジブチ難民キャンプおよびダル・ハナン病院でのプロジェクトの中間評価および視察を行なったが、地方自治体から行政および一般市民の立場での参加もあって非常に有意義な旅となった。私は事務局のソマリア担当としてプロジェクトの初期の段階から現地AMDAスタッフとの連絡および国内での調整に携わってきたが、今回実際現場をこの目で見るによりこのプロジェクトに関わるすべての人ひとりひとりの役割を明確化することができたように思う。

今年1月に開始したこのプロジェクトは現在まで延べ30人以上の医療専門家やコーディネータが参加した。参加者達はそれぞれ医療チームとコーディネーション・チームのいづれかに属し各チームの責任者の下で活動する。現在ソマリアとジブチに計三ヶ所の活動拠点を構えており、全体の統括・調整を今年2月から現地入りしているAMDAバングラディシュのラザック氏が行なっているが、それに加えソマリランド、ジブチの政府関係者、国連機関やNGO関係者等、実に多くの人達がAMDAを含めたソマリア難民救援チームの活動を支えている。例えば、ジブチ政府厚生省のマヒヨブ氏。彼はAMDAの第一次調査団がジブチ入りしたときからお世話になっている人で、ジブチ市内では宿舎が見つかるまでAMDAの派遣者をホームステイさせて頂いた。また、ハルゲイサで二年以上活動しているCARE-Internationalのアデブ氏はラザック氏と同じバングラディシュ出身ということもあって他の機関との仲介のみでなくソマリアの複雑かつ難解な部族関係の中で外国人が活動していく上で数々のアドバイスを頂いている。日本国内でも平素よりご協力頂いている駐日ジブチ大使のファラ大使は今回ちょうど帰国中ということもあって、AMDAから厚生省への医療機器・医薬品贈呈式および総理大臣、厚生大臣、外務大臣との公式訪問もすべてアレンジして下さった。ここで、すべての人を紹介できないのは残念であるが、ラザック氏と行動を共にするなかで実に様々な人に会い、現地で我々を支える人達の裾野の広さに驚嘆するばかりであった。実際医療活動に従事している医師や看護婦たちの奮闘努力もさることながら、このプロジェクトの成功がどれだけの人に支えられたものであるかということを実感した旅であった。

AMDAにとってアフリカでのプロジェクトは今回がはじめてである。経験不足のため数々の障壁にぶつかりながら試行錯誤でここまで進んできた。しかし同時に、このプロジェクトを通じて学んだことはAMDAにとって膨大なノウハウの蓄積となり今後のプロジェクト運営に必ず役に立つと信じている。また、ジブチ、ソマリアにおける人的ネットワークは今後もアフリカで医療活動を行なう上で大変貴重である。現地のAMD

Aのメンバーの問題解決能力とその努力に心から敬意を表したい。

最後に付け加えたいのは、ジブチやハルゲイサでのAMDAの知名度である。どこを訪れても、ただ町を歩いていてもAMDAを知る人は多く、AMDAのことは知らなくても日本人だと微笑みかけてくれる。だが、それだけにAMDAに対する期待は大きい。ハルゲイサ中央病院の事務長からの一言が今でも耳に残る。「日本は今までソマリアに物売るばかりで、援助はしてくれなかった。」ハルゲイサ市内を走る車の90%以上が日本車である。以前はトヨタとしてしか日本を知らなかったハルゲイサ市民が今は我々を通して日本という国を見ている。町を歩いていると、「AMDA!」、「Japanese!」という声が聞こえてくる。我々のアイデンティティを活かしながらどの程度まで現地の要望に応じるか見極めることが課題だと感じている。



DR. マヒヨブ（後列左端）
とジブチAMDAのメンバー



ハルゲイサ

CAREのオフィスにて夕食会

CAREのアデブ氏（後列右から3番目）

UNHCRの北西ソマリア責任者（前列左から2番目）、AMDA事務所のスタッフ

ジョージ・レーバー氏（前列左から2番目）スタッフ

エチオピア難民救援医療活動報告

アジア医師連絡協議会 長谷川昭一

6月はじめ、UNHCR北ソマリア代表であるジョージ・レーバー氏より、ハルゲイサ市内のエチオピア難民のため診療活動をして欲しいという依頼があった。これを受け調査チームを2度送り検討した結果、可能と判断し6月中旬より活動を開始した。

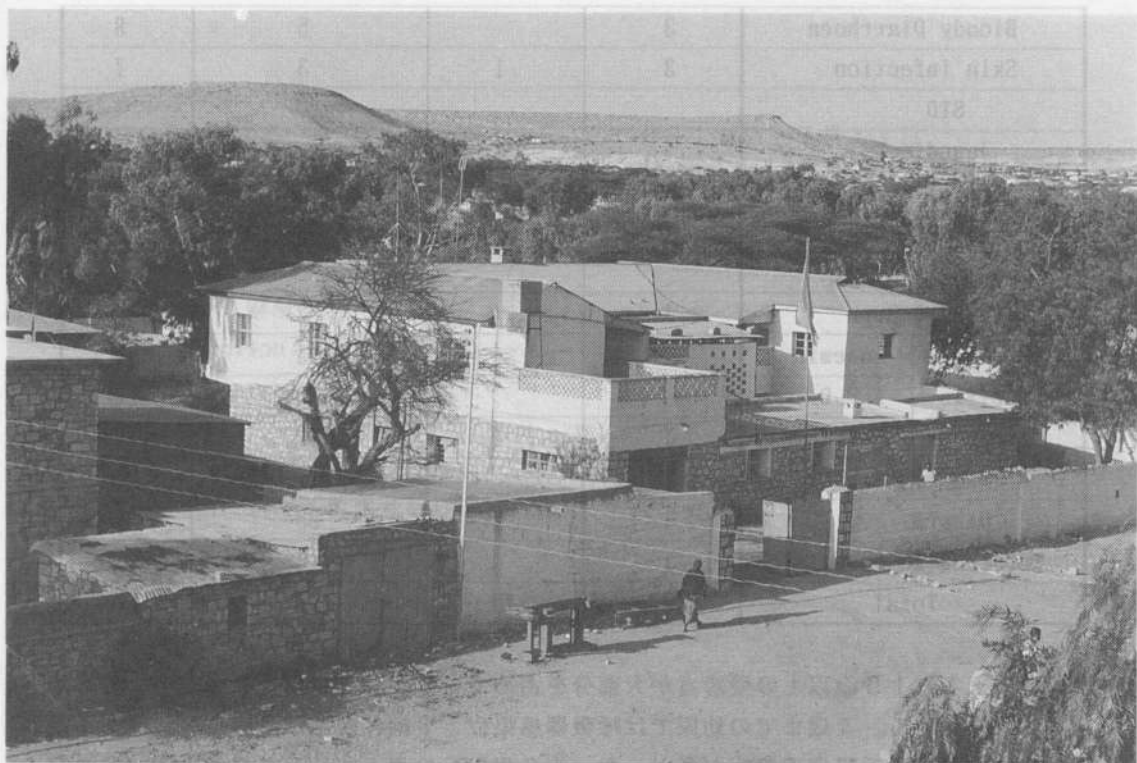
以下簡単に経過を報告したい。

- 1: 背景 約2年前、エチオピヤ国内でおきた政変の影響で脱出した難民が主体である。現在ハルゲイサ市内の居住区に約400人登録され、UNHCRより食料などの援助を受けている。彼等が病気になった場合、ハルゲイサ中央病院へ行くか、個人経営のクリニックへ行くことになる。病院ではエチオピヤ人ということで十分な医療が受けられないことがあり、クリニックでは治療費を払わねばならないということで、彼等を取り巻く状況は決して良いとはいえない。
- 2: 状況 難民は塀で囲まれた居住地区に住んでいる。ここには7~8棟の大きな長屋があり、一部屋に15~20人が定員である。食料はWFPの基準量(1人1日当たり、米500g、豆50g、油30g、砂糖20g、塩5g)が配られている。水は給水車によりタンクに供給されている。トイレは1しかないため、排便は空き地にしている。ゴミ処理施設もないため、これも空き地に放置されている状態である。
- 3: 計画 難民の健康状態、我々の側のマンパワーを考慮し、週1度彼等の居住地区に向き外来診察を行うこととした。薬はUNHCRがUNICEFのEmergency Kitを用意してくれたので、それを使うことにした。診療以外にも、できる範囲でエチオピヤ人協力者(看護師など)のトレーニングや衛生教育も行い、我々が撤退後もある程度自分たちで自分たちの健康を守れるようになることが目標である。期間は3ヶ月とし、場合により延長可能とした。
- 4: 経過 6月18日より開始し、7月11日まで計4回実施した。この間エチオピヤ人看護師1人と通訳1人の協力を得、別表にあげる160人を診察した。薬はEmergency Kit以外でどうしても必要なものを2種類(抗生剤、抗原虫剤)をジブチで購入し補給した。

MORBIDITY REPORT OF ETHIOPIAN REFUGEES COPOUND CLINIC

HARGEISA CITY SOMALILAND 18 JUNE ~ 11 JULY 1993

New Cases	0 ~ 4 yrs	5 ~ 14 yrs	more than 15yrs	Total
URTI	6	7	8	21
LRTI	1	3	19	23
Malaria			3	3
Measles				
Eye infection	1	1	1	3
Watery Diarrhoea	5		1	6



ハルゲイサ市内にあるUNHCRの建物、この中にAMD A事務所がある。



長谷川医師（後列右から二人目）、AMD A事務所のスタッフ
およびハルゲイサ中央病院のスタッフ

Bloody Diarrhoea	3		5	8
Skin infection	3	1	3	7
STD				
Jaundice				
UTI			5	5
T. B. New Case			2	2
Meningitis				
Trauma & Burn	1		2	3
Specific Diseases	Anaemia		15	15
	A. P. D.		20	20
	Helminth	1	4	12
	Typhoid		1	1
Others	1	2	23	26
Referred to hospital	1		10	11
Total	22	18	120	160

表によると15歳以上の受診者が大部分を占めているが、これは人口構成を反映していると思われる。4歳までの幼児では呼吸器感染症と下痢性疾患が多く、5歳～14歳までの小児では呼吸器感染症が多かった。15歳以上の大人では呼吸器感染症、貧血症（症状を伴うもの）、胃炎や消化性潰瘍、寄生虫症（症状を伴うもの）が目立った。これにたいして麻疹、肝炎、髄膜炎などの疾患はみられず、マラリアや腸チフスと思われるケースも少なかった。

赤痢の大部分はアメーバによるものであり、結核は2例を認めた。全体として重症者は少なく、子供の栄養状態も悪くはなかったと思う。

病院へ紹介したのは11例で、内訳は結核2例、高血圧2例（薬がない）、腸閉塞1例、肺炎1例、リウマチ性心疾患疑い1例、甲状腺機能亢進症疑い1例、角膜炎1例、子宮筋腫1例、腹くう内腫瘍（詳細不明）1例である。

5:まとめ 1ヶ月やってみてほしい健康状態、疾患の状態はつかめたと思う。ただ根本的な対策（トイレや水の問題など）は、短期間しかかかわらない我々の力量を越えているので難しい問題である。また歴史的にソマリア人との関係は悪く、あまりやりすぎると周囲のソマリア人から猛反発をくうだろう。実際現地のソマリアの人々の健康状態もかなりひどいことから、現地の医療レベルをあまり越えない程度に押さえながら、撤退後も残るようなもの（教育など）を実施していきたいと思うこの頃である。

〈表の説明〉

標題：エチオピア難民診療報告（疾患分布）6月18日～7月11日

URTI：上気道感染症

LRTI：下気道感染症

Malaria：マラリア

Measles：麻疹

Eye infection：感染性眼疾患

Watery Diarrhoea：水様下痢症

STD：性病

Bloody diarrhoea：血性下痢症

Skin infection：皮膚感染症

UTI：黄疸性疾患

TB：結核

Meninkitis：髄膜炎

Trauma & Burn：外傷&火傷

Anaemia：貧血性

APD：胃炎、消化性潰瘍

Helminth：寄生虫症

Typhoid：腸チフス

Referred to hospital：病院への紹介患者

ソマリア被災民救援医療活動報告

アジア医師連絡協議会 長谷川昭一

4月下旬に実施された立正佼成会、根本氏らの調査のあとをうけ、5月10日より3日間、5月22日からは常駐してプロジェクトの準備、運営にあたっております。この間スタッフとしては、コーディネーターとして岩永先生、山本氏、立正佼成会から根本氏、島村氏、医師としてはタルン医師（AMDAネパール）の参加がありました。以下にこれまでの経過と現状を簡単に報告したいと思います。

I ハルゲイサ中央病院再建医療プロジェクト

1) 政情、治安

北部ソマリアはモガジシオをはじめとする南部ソマリアとは歴史的、民族的に異なった背景をもち、3年前よりソマリランドとして独立を宣言しています（国際的には認められていませんが）。5月下旬新政権の大統領が選出され、組閣が行われました。新大統領は多方面に取り組みを開始し、各省でも大臣が決まり少しずつ動きだしています。

治安の方はかなり改善してきています。銃声もたまにしか聞こえなくなり、警察機構も徐々に整備されてきています。夜は出歩かないなどの注意を守っている限りまずは安全といったところですが、またこの方面での南部ソマリアからの影響はほとんどないといえます。

2) ハルゲイサ市内の状況

一口にいつて現在は内戦後の復興期にあたります。大部分破壊された建物は徐々に再建されつつありますし、ハルゲイサを離れていた人々も戻りはじめ人口も増えてきています。ただ復興のための人的物的資源が不足しており、相当時間がかかりそうです。

市内では基本的な生活用品はだいたい手に入ります。ただし銀行や郵便、電話のシステムなどはありませんし、電気は自家発電、水はロバにひかせたドラムカン輸送が主です。私たちはUNICEFが経営するホテルに泊まり、UN機関が入っている建物のなかにオフィスを借り仕事をしています。

3) ハルゲイサ中央病院の状況

詳しくは我々が先日作成した報告書を参考にしてもらおうとして、簡単に記します。

病院は元来300床でしたが、破壊その他で現在使用可能なのは約220床です。精神化病棟とほか1棟はほぼ完全に破壊されています。それ以外の建物も天井、壁、窓、床などに損傷があります。水の供給は手術室など数ヶ所に限られており、排水施設もないに等しい状況です。電気の方は自家発電で、夜は毎日ですが昼間は手術日2日のみ供給されています。トイレは20ヶ所ありますが、夜は明かりがないのでその辺で用を足すこととなります。

病棟は内科、外科（含整形外科）、小児科、産科、婦人科、眼科の6つに分かれています。他に輸血部、検査部、薬局などがあります。外来は救急疾患と歯科疾患（ほとんど抜歯のみ）は扱いますが、病院の規模からいくとあまり機能しているとはいえません。

スタッフは現在135人位です。正規の教育を受けた人はあまり多くありません。ちなみに給料は過去2年間払われておりません。

手術は小手術に加え、帝王切開、上肢や下肢の切断、白内障の手術などが多く行われております。

出産件数は月間80例前後です。



ハルゲイサ中央病院 UNHCRとのプロジェクト
内戦で破壊された壁を修復中



右より根本氏、島村氏、津曲医師、長谷川医師

検査は血算、マラリア、結核（痰）、尿、便が可能です。

X線は3台中1台のみ使用可能ですが、フィルムや現像液の供給が不十分なため1ヶ月間検査停止といったこともあります。

輸血部では月間120-150バッグ（1バッグ500cc）の輸血用血液を供給しています。輸血用バッグが足りないこととB型肝炎、AIDSのスクリーニングができないことが問題です。薬局には、7月より定期的に薬が供給されるようシステムが導入されました。なお入院患者に対する給食は昼食だけです。

4) プロジェクトの経過

5月の中旬の時点では新政権がまだできていなくて情勢が不安定なため、しばらく様子を見ながら病院全体の調査をすることにしました。この調査に約1ヶ月かけ現状と問題点把握に努めました。以下主な問題点（既に述べたものを除く）を挙げます。

1. 外来と個室病棟がホームレスの人々により占拠されていること。
2. 医療機器が不足していること（心電図、体温計はなし、聴診器、血圧計もDr個人所有のものしかない）。
3. 正規の教育を受けた資格のあるスタッフが非常に少ないこと（例えば看護師11人に対し看護助手は51人）。
4. スタッフの勤労意欲が乏しいこと（給料が支払われていないため）。
5. 病院管理がずさんなこと。
6. カルテ、温度板、その他の記録をつける習慣がほとんどないこと。
7. 診断、治療の質があまり高くないこと。
8. 手術では清潔操作の点で大きな問題があること。

調査と並行して、保健省の人たちや病院のDrたちと話し合いをもちました。その結果非常に重要な問題があることが分かってきました。病院スタッフにたいするインセンティブ（報償、はつきりいうと金）なしでは、病院内で活動することは困難というものです。彼らの関心のほとんどがこのインセンティブに集中しているのです。これには驚きました。もしこれを払えばスタッフの数が急増するといわれ、賃上げ要求のトラブルもでてきます。またUNHCRからは、AMDAが払うと国内の他の施設からも一斉に要求が出てくるので拒否して欲しいといわれました。まったくの二律背反の状態に追い込まれたわけです。本当に困りました。

6月下旬より立正佼成会根本氏、島村氏を加え検討した結果、インセンティブは一切払わないということで交渉してみようということになりました。保健省、病院、AMDA、UNHCR4者による交渉は難航しましたが、最後は新大臣とUNHCR北ソマリア代表であるジョージ・レーバー氏の話し合いにより決着がつけました。インセンティブはレーバー氏が他の団体に協力を求めるということで、われわれは正式に活動できることになったわけです。7月7日大臣と念願の合意書をかわしました。

5) プロジェクトの現状

1. 病院の再建、修理プログラム

7月18日より作業を開始しました。現在16人の技術者が働いています。屋根、天井、壁床、窓などの修理と電気系統の整備が取りあえずの目標です。ついにプロジェクトが目に見え

る形ではしまったということで、我々もほっとした次第です。なおこの様子は地元の新聞に掲載されました。

2. 医薬品、医療機器の供給プログラム

7月11日約1ヶ月かかりコンテナがジブチ港に着きました。ジブチに陸揚したあと、貨物用の航空機で輸送する計画です。時期は8月初旬から中旬になると思われます。医薬品約400kgは保健省に薬の供給システムができあがったので、そちらにのせることになりそうです。医療機器（エコー、X線装置、心電図など）は、こちらのトレーニングプログラムの進行状況にあわせて供与しようと考えています。

3. トレーニングプログラム

- *各医療機器の使い方、診断の仕方についてのトレーニング
- *医学的、技術的な立場からのトレーニング（病棟回診や手術において）
- *疾病や病棟ケアにかんするレクチャー
- *カルテや温度板の記録のしかたに関する指導
- *その他

今のところ、以上のプログラムを考えています。2番目のトレーニングは内科と外科中心になると思います。先週より病棟回診について現状把握に努めているところです。

II その他の活動

別記のようにエチオピア難民のため診療をしています。これは今後最低2ヶ月は続ける方針です。また巡回診療もやりたいと思っていますが、こちらは治安やマンパワーに問題がありすぐに実行するのは難しそうです。

ソマリランド東部ではマラリアが大問題になっています。新聞の報道によると、ある地区では毎日5～10人の死者がでているとのこと。これに対し保健省を中心とした調査チームが出されました。こちらのマンパワーに余裕があれば、こういう活動にも人を送りたいと考えているところです。

ソマリア救援チーム活動報告

立正校正会 一食平和基金 根本昌広／島村雅俊

6月24日に成田を発ち、25日UNHCRジュネーブ本部訪問を皮切りに、26日ジブチ入り、28日にはソマリア・ハルゲイサに入った。その後、UNHCRジョージ・レーバー北ソマリアプログラム代表との緊急会議の為7月1～3日の期間ジブチ入りし、以後、本日までの期間、ハルゲイサでのプロジェクト調整活動ならびに実施活動を行った。我々の活動の詳細は、既にこれまでの報告書にて報告の通である。以下に今回の活動の総括報告を行う。

1 プロジェクトの経緯と現況

1) 経緯

AMDAの北ソマリアにおける当初の計画は、ハルゲイサを中心とする巡回医療活動を柱に、ハルゲイサ総合病院に対する医薬品、医療器具の供与ならびに医療スタッフによる現地スタッフに対するトレーニングの実施であった。しかしながら、二度に及ぶ事前調査の結果、治安がいまだに不安定であることが判明し、活動の柱となるべくハルゲイサ周辺での巡回医療活動の実施は見送ることとなった。一方、ジブチにおけるAMDAの活動は順調に進み、現地UNHCR側もAMDAのハルゲイサにおける計画案を知るところとなった。UNHCRとしても、当時はソマリア難民の帰還の可能性などから、ソマリランドの首都であるハルゲイサに対する支援実施の必要性を強く感じていた時であり、AMDAの支援計画に強い関心を示し、結果的に5万ドルをAMDAに供与し、ハルゲイサ総合病院の再建計画に乗り出すこととなった。この基本合意がUNHCRとAMDA間で成立したのは5月上旬である。その後、プロジェクト実施に向けての事前調査の為、AMDA医療スタッフ、コーディネーターが、短期ミッションでハルゲイサを訪れ、5月22日からは、長谷川医師、タルーン医師（ネパールAMDA）、岩永医師の3名がハルゲイサ常駐を開始し、6月2日からは新たに山本氏がメンバーに加わった。これによりUNHCRコンパウンド内にAMDAオフィスが開設され、同時に医師によるハルゲイサ総合病院のアセスメント活動が開始された。ハルゲイサにおけるAMDAのプロジェクト計画案は、この時点で、ハルゲイサ病院再建プロジェクト、医薬品ならびに医療器具供与、医療ならびに医療器具トレーニング実施の三本柱であった。アセスメント活動は、順調に進み、6月末には詳細な報告書が出来上がった。しかしながら、プロジェクト実施に向けての調整は、厚生省、病院側のインセンティブ（この場合は給与を意味する）要求の攻勢に会い、遅々として進まなかった。更に、UNHCR北ソマリア責任者のジョージ・レーバー氏が当時ジブチに常駐していたこともあり、UNHCRとの調整も満足に進まない状況にあり、プロジェクト実施の方向性が見えないまま、時が流れて行った。AMDA本部サイドもNGO合同チームと会合を持ち、インセンティブの問題につき検討を続け、結論

的には根本、島村両名が現地入り後、現地スタッフと合意を取りつつ、最終決断を下すこととなった。ハルゲイサ入りした翌日、すなわち6月29日、厚生省、病院、AMDA、UNHCRの四者間で第一回のハルゲイサ病院再建プロジェクト会議が厚生省にて開催された。当初は、病院再建プロジェクトのみの会議という理解であったが、会議冒頭より厚生省の次官代理から、AMDAのプロジェクト案の提示を求められた為、用意したプロポーザルを提示した。既にUNHCRからは、AMDAに対し、インセンティブの供与は、絶対に行なわないようにとの指示があったため、我々も明確にその意志がないことを伝えた。しかしながら、予想通り、厚生省、病院側からは落胆と、非難の反応が強く示され、インセンティブの問題の解決なしでは、全ての計画案の実施が不可能になるという危惧を強く抱いた。翌日、厚生省からの解答提示があり、引き続きインセンティブ問題を検討していくという条件付きでAMDAプロポーザルに対する基本了承を得ることができた。早速、UNHCRとの協議を行ない、ジョージ・レーバー氏が大統領、厚生大臣等のトップならびに他の開発UN機関等とインセンティブ問題について検討して行く旨の意向を表明し、この時点で、インセンティブの問題はAMDA独自の問題というレベルから正式に切り離されることになった。その後、ジョージ・レーバー氏は大統領にAMDAのプロポーザルを提示し、基本的了承を得ると同時に、我々も厚生大臣にアプローチを開始し、基本的了承を取り付けた。結果的には、厚生省のコンサルタントエンジニアを中心に再建プロジェクトを実施していく点で、四者全てが合意に達し、7月7日の合意書締結となった。又、他のプロポーザルも全てこの合意所の中で了承されるに至った。現時点でこうした経緯を分析して見ると、マイナスからプラスに転じた要因は以下の如くなる。

- ①まず、UNHCRジョージ・レーバー氏がハルゲイサに7月初旬に赴任し、大統領との直接接点を持ち得たこと。
- ②次に、新厚生大臣が7月5日より厚生省に登庁し始め、AMDAにとってもいわゆる政治的交渉が可能になったこと。
- ③大統領と厚生大臣の介入により、インセンティブの問題が政治的観点から取り扱われる様になり、個別問題から、国家問題としてのissueに変わりつつあったこと。
- ④インセンティブの問題でこれ以上AMDAの計画が進まなければ、先方、AMDA側両者とも、全計画の中止の可能性を十分に認識していたこと。

こうした様々なプラスの要因によって、AMDA計画案が了承され、7月7日以降、これまでの遅れを取り戻すような勢いで、着々とプロジェクト実施に向けての準備がなされていった。更にAMDAスタッフの配置計画も準備が進むにつれ、ニーズが明確化され、7月18日からの再建プロジェクトの開始に併せてローカルのフィールドオフィサーの雇用、アドミニ・アシスタントの雇用、コーディネーター配置、医療スタッフ配置も決定されていった。一応、ハルゲイサプロジェクトは

軌道に乗ったと言って良い。

合意締結後は、再建プロジェクトと並行して、長谷川医師が医療トレーニングに向けての準備活動に入った。医薬品、医療器具も既にジブチに到着しており、今後はハルゲイサへの運搬、保管そして供与が開始される。

2) 現況

病院再建プロジェクトは、今日までは順調に進んでいる。最もダメージを受けていた中央手術病棟の修理がほぼ完了し、他の病棟の外壁修理に進んでいる。昨日からは、窓の修理にも着手した。更に一部の通路の補修を完了した。今後は、屋根、天井、ドア、フェンス、電気配線の修理へと進む予定である。雇用している職人、労働者は、就業規則を实によく守っており、当初心配された工事期間の延長は、技術的側面を除けば心配はないと考える。更に厚生省のコンサルタントエンジニアならびに一昨日より雇用を開始したフィールドオフィサーの2名が実に信頼出来る人材であり、能力も高い為、彼等との関係で本プロジェクトを進めれば、まず間違いないであろう。UNHCR側も本プロジェクトの進捗状況には大変満足しており、資金の供与も順調に進めてくれている。

トレーニングプロジェクトに関しては、長谷川医師を中心に7月21日より着任したファルーク医師（AMDAバングラデシュ）の2名が現在ローカドクターの回診をオブザーブしており、その後、具体的なトレーニングプログラムを作成していく予定である。医薬品、医療器具の供与に関しては、これから本番である。ジブチサイドの通関、保管に関してはUNHCRの協力でラザック氏が調整活動を行いほぼ完了する予定である。ジブチからハルゲイサへの運搬に関してもUNHCRが協力を約束済みであり、UNフライトにて運搬できる見込みである。ハルゲイササイドの通関、保管そして供与の方法に関しては、早急に厚生省、病院側との合意を取り付けていく必要がある。

2 プロジェクトの課題

1) 病院再建プロジェクト

現プロジェクトに関しては、屋根に使うトタンを当初ハルゲイサにて購入する予定であったがUNHCRの在庫がジブチにあるため、それらをハルゲイサに運搬し、使用することになった。そのため、当初計画された作業（工事）スケジュールに変更が生じてきている。トタンの到着が大幅に遅れた場合は、第一期、第二期、第三期に分けた工事期間の間を一時中断せねばならない状況も考えられる。ただしジョージ・レーバーにはこの点十分に確認を行っているため、大幅な遅れの可能性は少ないと考える。いずれにせよ、工事期間が伸びたとしても、有給作業日数50日の変更は行わないため、予算的には問題にはならないと考える。

次に現プロジェクトは、予算が5万ドルのため、病院再建といってもハードの部分にしか着手できない。そのため、病院運営に最も必要な衛生管理、水の供給システムには手を付けることができない状況である。この点に関しては、AMDA、

UNHCR、病院、厚生省四者で同一認識を持っており、第二プロジェクトの可能性をAMDA、UNHCRで探ることで合意を見た(後述)。ただし、現時点での資金の保証は全くないため、厚生省、病院側には我々の合意を一切公にはしていない。

2) 医薬品、医療器具の供与ならびにトレーニング

器具の供与の方法については、保全の観点から、一度に供与する方法は望ましくないというのがAMDAスタッフ間の合意である。しかし、病院側は、この点、必ずしも了承をしておらず、一度に受取り病院内のしかるべき場所に保管したいという意向を持っている可能性もあるため、慎重な調整活動が必要である。医薬品に関しても、AMDAとしては、ソマリランド全体の医薬品を管理している厚生省保管倉庫に保全し(SCFのスタッフが管理し、供与の調整を行っている)、SCF供与の40tの医薬品との整合性を考慮しつつAMDAの医薬品をハルゲイサ病院に供与するのが最善と考える。この点も厚生省、病院側との慎重な調整を要する。医療器具のトレーニングに関しては、ローカルドクターも関心を示していることから、供与時期、供与方法とあわせてトレーニングプログラム、スケジュールを確立していく必要がある。このプロジェクトに関しては特にAMDAのドクターの判断が重要である。

3) 医療トレーニング

長谷川医師の報告によれば、ローカルドクターはプライドが強いため、トレーニングを供与するのは容易ではないとのことである。

厚生省、病院側とのこれまでの話し合いの印象でもAMDAの医師がローカルドクターにトレーニングを行うというアイディアに関しては、少なくとも歓迎あるいは肯定の意は表明されていない。かなりの経験を有する医師が必要というのが長谷川医師の意見である。更に無給で働いているドクター、ナース達をトレーニングのために集めるということは不可能であり、あくまでもトレーニングの内容に彼等の関心を集められるかという点に焦点が絞られるであろう。いずれにせよこのプログラムの成否はAMDAのドクターの双肩に掛かっているといつてよい。

長谷川医師を始めとしたAMDAのドクターの熱意によって、本プログラムが実施され、大きな成果を上げることが強く期待される。

3) アドミニストレーション

AMDA医療スタッフに加え、コーディネーターとして、ラザック氏、山本氏、ローカルスタッフではフィールドオフィサーとして雇用されたワサメ氏、アドミニアシスタントとして雇用されたヤスミン女史の4名が本プロジェクトの終了期日までハルゲイサに原則として常駐できることになったことは大変大きな意味を持つ。特にアカウンティングに関しては、UNHCRの資金とAMDAの自己資金の二つの資金管理が要求されるため細心の注意が必要である。更に今後のプロジェクト実施計画を見ても明らかなようにコーディネーションは大変重要な役割

を果すものであり、ラザック氏を中心としたコーディネーションチームの長期確保が果たせたことにより、予断は許さずともある程度の方向性が見えてきたと言っ
てよいであろう。

更に再建プロジェクトには厚生省のエンジニア、アデン氏も献身的に関わっているため、これら5名のチームワークで実施していけば順調に進んでいくことが予想される。

その他AMDAレジデンス、自動車、ウォッチマン、クリーニングサービス、上記雇用者等に関しては、すべて正式契約を交わしてあるため、現時点での問題はない。AMDAオフィスに関しては、UNHCRが非常に好意的であり、新任が赴任するまで1ヶ月～3ヶ月位かかることが予想されるため、余り心配せずに現オフィスを使用してもらってよいとの言葉を頂いた。

食事に関しては、料理人を雇い、AMDAレジデンスを食事場所として使用することで決定した。

相変わらず日中は最低3～4名の人々が雇用依頼のためAMDAオフィスを訪ねてきている。

※今回雇用したワサメ氏は非常に優秀で期待されるフィールドワーク、アカウント
ティングオフィスワークも十分にこなせる能力を有している。AMDAにとって大きな力になると考えられる。

4 プロジェクトに対する提言

特に病院再建プロジェクトは、前述のように資金不足から最も中枢の部分
をカバーできない。UNHCRジョージ・レーバー氏との話し合いで、彼もその点を十分理解し、第2プロジェクトとして資金をUNHCR本部から確保する最大の努力をすることを約束してくれた。更にAMDA本部としても郵政省に対し、申請（予算転用）を早急に行うことを表明してくれた。

厚生省、病院側には伏せる形でアデン氏に見積り作成を依頼（前述の如く、彼は厚生省のコンサルタントであるが、自らAMDAエンジニアと称するほど我々との信頼関係が深いため、信頼している）し、添付の如く見積りが提出された。早速UNHCR並びにAMDA本部より来訪中の津曲医師、岡崎女史に提出し、それぞれの立場で資金確保に取り組むこととなった。特にUNHCRの意向としては現プロジェクトの第2段階としての第2プロジェクトとしてひきつづきAMDAをUNHCRの実施団体（Implementing partner）として実施していくというものである。ジョージ・レーバー氏の観測では、可能性は高いというものであった。いずれにせよ、郵政省にも働きかけて頂きたい。資金が確保された場合、AMDAとしては現プロジェクトの陣容で第2プロジェクトを実施していきたいと考える。作業スケジュール的には現プロジェクトとの抱き合わせで行って行くのが望ましく、現プロジェクトの終了をもって行うのは部分的に作業工事が重複するため避けたほうがよい。この点ジョージ・レーバー氏は納得済である。

(ただし、プロジェクトアドミニストレーション：アカウンティング等は全く別個となるので細心の注意が必要である。)

5 まとめ

この一か月を振り返り、AMDAプロジェクトがこのハルゲイサで実際に始動し、実施されているという事実は、驚異であるといっても過言ではない。それほど、困難な状況下でのプロジェクトである。治安は納まりつつあるとはいえ、他地域に比べまだまだ物騒である。病院のスタッフからよく言われることは町には日本製品があふれているが、日本人の援助を肌で感じたのは今回が初めてだということである。住民の90%は善良な市民である。にこにこ笑顔を振り向ける人、好奇の目でじっと見つめる人、ただし、少数の人は反感を持っているのも事実である。特に日本人に対してということではなく、外国人に対してである。「外国人は早く出ていけ」などという人にもたまに出くわす。いずれにせよハルゲイサは、シアド・バーレ政権によって最も深刻なダメージを向けた町であり、まさしく廃墟である。我々の住むメインストリート沿いには比較的整った建物が多いいものの、一步裏道に入るとまともな建物はほとんどなく、まさしく廃墟としか言いようのない景色となってしまうのである。ここが新制ソマリランドの首都かと思うほどインフラが破壊されている。復興にはあと何十年もかかるであろう。地雷もハルゲイサ周辺には何十万発も残っていると聞く。一日も早い復興を果たすためには国際社会の支援が不可欠である。

このような中で日本のNGOが規模は小さくとも一歩足を踏み入れて現地の人々と協力する形で復興活動に取り組んでいるということは、大変なことである。それだけに現地で頑張るAMDAスタッフの気苦労も多いのだが、その分、一つ一つ達成していく喜びも大きいのではないか。

UNHCRとしてもAMDAへの信頼を大きくしているということを感じる。第一プロジェクト、第二プロジェクトを是非とも実施し、ハルゲイサ病院の再建を真の意味で実現できればこれ以上の喜びはない。

これまではプロジェクトの立ち上がりの段階で、今後が正念場であり、それだけにこれからも残るドクター・コーディネーター達の作業量は膨大である。まさしく超多忙の時期に現場を離れることに申し訳なさを感じるが、NGO合同支援チームとして日本の本部から最大限のバックアップを行い現地スタッフの負担を少しでも軽減していくよう我々も努力したいし、この点AMDA本部にも切にお願い申し上げたい。

ソマリア救援チーム活動報告

～ソマリア体験記～

立正校正会 一食平和基金 根本昌広

NGO合同チームによるソマリア難民・被災民救援活動のため、アジア医師連絡協議会（AMDA）のコーディネーターとして、6月末から7月末までの1か月間、北ソマリアの中心都市であるハルゲイサに赴き、プロジェクト実施の調整並びに立ち上げ活動に従事した。

プロジェクトの経過については、報告書にて詳述したとおりであるが、1か月の活動を通して、個人的に感じたこと、強く印象に残ったことを書いてみようと思う。

1 新生ソマリランド政権との交渉

今回のプロジェクトの目玉は、ソマリランド全体の中央病院としての機能を持つべきハルゲイサ総合病院の再建計画であった。長く続いた内戦によって、町全体が廃墟と化している中で、ハルゲイサ病院も例外ではなく、到底総合病院と呼べるにふさわしい施設、設備、人員を擁しているとは言い難かった。そこで、AMDAは、UNHCR（国連難民高等弁務官事務所）と組んで病院の再建に取り組むこととなったのである。

新政府を代表するのは厚生省である。この厚生省との交渉は真剣勝負そのものであった。まさしく、タフそのものの交渉である。我々は、まず、施設、設備の再建に取り組みたいとの意向を表明した。厚生省並びに病院側は、当初から強烈に病院スタッフに対するインセンティブ（この場合は手当）供与の重要性を訴え、初めから交渉は暗礁に乗り上げた。我々としても痛いほど彼等の気持ちは理解できた。医師、看護婦、そして病院スタッフは過去2年間、無休のボランティアとして、患者の世話を当たってきたのである。彼等にも家族がいる。毎日の生活がある。しかし、患者を見放すことは出来ない。イスラム世界は大家族主義、相互扶助システムが伝統である。イスラム教の原理は一言で言えば「分かち合い」と表せるほどの連帯意識、助け合いの精神に満ちている。彼等の苦悩はそこにあった。

どちらも捨てることは出来ない。人間としては我々にも当てはまる共通の苦悩である。もし、私が彼等の立場であったなら、同じことを心底願ったであろう。「お手伝いをして下さるのなら、病院で働く私たちの生活手段を最低限確保して、安心して働けるように助けて下さい」と。

私たちの苦悩をAMDA本部も理解し、予算の確保までしてくれた。現場に係わるAMDAスタッフ全員がインセンティブの供与で合意し、プロジェクトの実施を目指した。しかし、問題はそう単純ではなかったのだ。ここでUNHCRの苦悩が新たに加わる。ソマリア全体人口の95%が、今失業問題で苦しんでいる。援助を志すと、100人のうち、99人の方からインセンティブを要求される。これは国家的問題であり、予算的にも一国連機関、NGOの能力をはるかに越えた問題であり、ハルゲイサ病院だけを例外として取り扱うことは、他の人々を差別することにつながり、絶対に出来ないと言うものであった。

私たちは頭を抱えてしまった。私たちがハルゲイサ病院スタッフにインセンティブを供与すると、彼等は喜ぶが、他の病院で奉仕するスタッフに悪影響を与える。今まで、何度か、こうした支援活動に携わってきた経験がある私も、今回は心底悩み苦しんだ。他のAMDAスタッフも同じである。悩み苦しんでいるうちに時間はどんどん流れていく。厚生省も我々の解答を今か今かと待っている。両者の真剣勝負が続いた。何度思ったことか。もし億万長者であれば、みんなにインセンティブを出すことができるのにと。

結局は報告のとおり、インセンティブの問題は国家問題として取り扱い、国家間そして開発関係の国際機関、国連機関との連係で長期的に検討していくという点で、合意に到達し、AMDAの再建プロジェクトが始まることとなったのである。

当面彼等は、従来のように、無休ボランティアとして患者の面倒を見ていく。患者は、同じ系統のファミリーからの援助を得て、病気治療を受け、病院スタッフも同じく、ファミリーからの支援を受けて患者の世話を続ける。「ファミリー」は、我々日本人の描くファミリーではなく、親戚一族郎党というイメージに近い。

この真剣勝負を通して、様々なことを感じ学んだ。彼等の真剣さは、友を思い遣る心から発していたのだ。決して自分の利益追求のためではなかった。「分かち合い」の精神である。純粹なるボランティアを行うことも大変なことである。自分の生活保障を抜きにして、私にはボランティアとして生きることができるだろうか。家族とは何か。助け合いとは何か。日本人が失いつつある何かを、廃墟の町、何もない町で必死に生きようとする人々の姿のなかに垣間見た気がする。

我々の思い、苦悩も少しは相手に通じたのであろうか。プロジェクトの合意書の調印が終わり、7月18日より、実際のプロジェクトがスタートし、病院の敷地内で交渉のカウンターパートだった厚生省の役人そして院長等と顔を合わせた。交渉のときは、怖い、手強いという印象しかなかった彼等がまるで別人のごとき、笑顔の素敵な紳士になっていた。彼等としても同じ印象を我々に持っていたのは間違いない。

「雨降って地固まる」。もし、初めから交渉がうまくいっていたなら、学ぶことも少なかったであろう。お互いに苦悩し、真剣に語り合ったからこそ、相手を深く理解することができ、理解し得たときの喜び、信頼感が心底から芽生えるのではないだろうか。とにかく、いい体験をさせてもらったと感謝している。

2 働けることの喜び

もう一つ、心底考えさせられたことを是非述べさせて頂きたい。人間、働きたいが働けないことほど辛いものはない。それだけに働けるようになれたときの喜びは大きい。こんな一見当前のことを実は我々日常の中では忘れてしまっている。忘れていたことをはっと思い出したときの新鮮さは感動を伴う。そんな感動をハルゲイサで体験した。

プロジェクトの実施にやっどこぎ着け、いざ、病院の再建を始めるに当たって、厚生省との話し合いで、厚生省専属のエンジニアを中心に作業計画を立案し、進めることになった。2か月間のスケジュールで、延500名近い職人、労働者を雇用する大計画である。正直言って、これには我々も自信がなかった。果たして、2か月間で予定通り工事が完了するのであろうか。我々の当初の計画は6か月の作業日程であり、UNHCR側も、あまりにも楽観的な作業計画には当初から疑念を抱いていた。ところが、これを強硬に進めたのは、前述のエンジニア、アデン・ダヒール・モハメッド氏である。先入観は禁物であることを百も承知であるにもかかわらず、厚生省お抱えのエンジニアという点にいささか引っ掛かり、我々も当初は100%の信頼感を持ってはいなかった。

彼が主張するには、信頼できる職人、労働者を責任を持って雇用するから2か月間で大丈夫だというのである。とにかく、ここまできたからには彼を信頼して始めるしかないという決意でスタートさせた。このアデン氏が翌日からそれこそ働きアリの如く、猛烈に仕事を始めたのである。約束では午前7時30分から12時まで、お昼を挟んで午後2時から4時30分まで、金曜日がイスラムの休日という勤務体制であったが、朝は7時には

事務所に来て、夕方、休日も返上でそれこそ、かわいい自分の赤ちゃんをいたわるが如く、プロジェクトを可愛がるように打ち込み始めたのだ。いかにも毎日毎日が楽しそうなので、「今の仕事は楽しいですか」という愚問を発したら、「楽しくて、うれしくて仕方ありません」という言葉が笑顔とともに帰ってきた。彼は本当に楽しくてうれしいのだ。何故か。理由は簡単、自分の能力を生かして働けることがうれしいとのことだった。「ハルゲイサで今一番辛いことは何ですか」とまともな愚問を発したら、「それは、何もすることがないことです」との答えだった。ほとんどの人が仕事がない状態。これこそが悲劇なのであろう。

AMDAの運転手のハッサンにしても同じだ。我々が自動車をレントしたその日からハッサンが運転手として勤務するようになった。一応勤務時間は朝7時から夕方5時位まで、金曜日は休日と決めた。しかし、プロジェクトが実際始まると、夜遅くなったり、金曜日の出勤も頼まなくてはならない場面も出てきた。こちらが遠慮がちに残業や、休日出勤を頼むと（無論特別手当などは出ない）、彼は、「サンキュウ、サンキュウ」と笑顔でうれしそうに答えるのである。うーん、日本ではなかなか考えられないなあと思い、感心していた。うれしいのである。ただ働けることがうれしいのである。

ハルゲイサ中央病院

再建工事に熱心に従事する労働者たち

工事に携わる職人や労働者はどうかと思ったら、この人々もアデンやハッサンにも負けないうくらい黙々と働く。朝7時には全員が集まり、夕方4時30分までただひたすら働く。その日の日当を毎日4時30分に渡すのだが、渡す方、渡される方、両者ともうれしくて「サンキュウ」と言い合いながら一人一人とついつい握手をしてしまう。何とも言えない瞬間だ。UNHCRの責任者も彼等の熱心に働く姿をまざまざと見て、すっかり安心してしまった。我々も、当初、疑った目で見ただけを恥じた。みんなうれしいのである。働ける場ができたことがうれしいのだ。休み時間に食い込んでまだ作業をしている。

自分を生かせる場で自分を生かすことのできる喜びは本物の喜びなのだ。私個人としても働けることの有難さをこれ程までに実感したことはいまだかつてないことだった。彼等は無言でそれを我々に教えてくれたのだ。今、この瞬間でも彼等は黙々と働いているだろう。

何もすることがなくて、ただぶらぶらとする日が終わり、汗を流して働ける日が来ることを心の底から願わざるをえなかった。それが、真の復興につながると思えるからだ。

ハルゲイサ病院事務長とAMDAのコーディネーター山本氏

最後に、一般市民はもとより、今回は、マレシアンと呼ばれる武装勢力の人々とも何度か話しあう機会があった。全員が「だれも戦いを欲しておらず、平和を求めている」と語った。これも当前のことである。彼等は、心身共に戦いに疲れ切っている。彼等は「平和」のために、戦ってきた。しかし誰のための平和かが問題なのだ。自分たちのファミリーのための平和から、全体のファミリーのための平和へと脱却していかねばならない。これを人ごとだと思ったとしたら大変なことだ。我々日本人の意識も、どれほど違っているだろうか。戦争という形では表れていないまでも、自分のファミリー、国家にまだまだ固執していないだろうか。全体のファミリーへの意識拡大の重要性、このことが、ソマリアの人々からの私への最も心を揺さぶるメッセージであったと今つくづくと感じている。

「援助」、「支援」という発想から、「分かち合い」、「共生」への発想と我々自身を成長させていくための貴重な学習体験の場を提供して下さっているのがこうした活動であると確信している。



ハルゲイサ中央病院
再建工事に熱心に従事する労働者たち



ハルゲイサ病院事務長とAMDAのコーディネーター山本氏

A M D A

Association of Medical Doctors for Asia

Ali Sabieh, Djibouti

MONTHLY REPORT OF MEDICAL TEAM

JUNE 1993

TABLE OF CONTENTS

PAGE

1. Introduction.....	1
2. Medical Consultation Report.....	2
3. Curative Training and TBAs Training Program.....	3
4. Drug Distribution.....	6
5. Medical Statistics of the refugee camps.....	15
6. MCH Activity.....	16

INTRODUCTION

I. Medical Staff: Dr. Saroj Prasad Ojha
 Dr. Kuntal Kumar Saha
 Dr. Yuriko Egami
 Nurse Akiko Nagano

II. Activities : A. Medical Consultation: in four refugee camps in Ali Sabieh. We consulted mainly referred and severe cases seperated by the nurses of the camps. We referred some patients to Ali Sabieh Hospital and Ali Sabieh TB Hospital for investigation and treatment. We also used our car to send patients and some samples of sputum from Aour Aoussa.

B. Curative Training Program & TBAs Training Program:

C. MCH Activities: Our paediatric nurse Akiko Nagano started regular examination and follow-up of of MCH patients in Aour Aoussa and Ali Adde and it is our experience that the health situation of MCH centres of these two camps are getting better.

D. Drug Management:

E. Coordination with other NGOs and government agencies: We had regular weekly meetings with MSF and ONARS which were very very effective for our activities. We basically discussed about problems related to the refugee camps and tried to find out the solutions.

III. Miscellaneous:

In last week of June one paediatrician Dr. Yuriko Egami joined our activities and we hope we can serve patients better than before.

A M D A A
Association of Medical Doctors for Asia

MEDICAL CONSULTATION REPORT : JUNE 1993

Camps where consultations were conducted : Aour Aoussa, Ali Adde, Assamo, Hol Hol.

Dates of consultations : June 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 29, 30.

Total Patients Consulted : 522

Number of Registered Patients (Records kept) : 114

Patients referred to other hospitals : 31

Serious patients : 40

Age distribution among registered patients : Above 5 years - 71
Upto 5 years - 43

Disease distribution among registered patients :

<u>DISEASES</u>	<u>CASES</u>
1) Respiratory Tract Infections (Upper/Lower)	32
2) Diarrhoea (Gastroenteritis/Bacillary & Amoebic dysentery)	19
3) TB suspected	6
4) UTI	4
5) Eye diseases	6
6) Ear diseases	2
7) Skin diseases	3
8) Malaria	1
9) Helminthiasis	1
10) Obstetrical/Gynaecological cases	7
11) Surgical (abscess/growth/orthopedic) cases	10
12) Others	23

<u>Name of camp</u>	<u>Number of visits</u>	<u>Total patients</u>
Aour Aoussa	8	260
Ali Adde	4	161
Assamo	5	75
Hol Hol	5	26

PROBLEMS: Patients transfer from Aour Aoussa as there is no ambulance. The management and discipline of dispensary in ALI ADDE refugee camp is getting worse.

Training Programme Activities in Ali-Sabieh Refugee Camps in June, 1993:

Now a days the training programme becoming popular among the health workers working in the refugee camps. It has also been appreciated by ONARS, MSF, and other local orgations. This month in the regular weekly meeting with MSF and ONARS we have decided to start another training programme on Perinatal Care For TBAs. This two days training programme is supposed to start first by AMDA in the refugee camps then MSF will continue and follow up.

1. Curative Training Programme:

This training programme which has been started since 17 May by Dr. Saroj Prasad Ojha made continuation in all the refugee camps which are as follows:

1. Aour-Aoussa Refugee Camp

June Date	No of Trainees	Topic
2	12	Management of Diarrhoea
12	7	Review of all previous lecture
17	12	Protein Energy Malnutrition
26	12	Information on Antibiotics

2. Hol-Holl Refugee Camp

22	9	Protein Energy Malnutrition
29	10	Management of ARI(Pneumonia)

3. Assamo Refugee Camp

9	12	Management of ARI(Pneumonia)
16	12	Protein Energy Malnutrition
23	12	Management of Diarrhoea
30	12	Information on Antibiotics

4. Ali-Aade Refugee camp

7	8	History Taking and General Physical Examination
8	8	Management of ARI(Pneumonia)
10	9	Protein Energy Malnutrition

Ali-Aade Refugee Camp

Date	No of Trainees	Topic
June 13	10	Management of Diarrhoea
14	8	Contd. of Diarrhoea
24	6	Revision of Malnutrition

In this way, by the end of June we could be able to finish the the Curative Training Programme in Assamo and Aour-Aoussa camps and is expected to be finished by the first week of July in the rest of the camps. Regarding the Translator problem in Assamo and Hol Holl we had some problems of translating our lecture un to their local language because of weak translator while in Aour-Aoussa and Ali Aade we faced no problems because they can translate very good. By this time we found that all most all the health workers in the refugee camps are taking their interest towards the training programme.

2. Training Programme On Perinatal Care For TBAs

The main objectives of this training programme are to evaluate the knowledge and skills of TBAs and train them according to their need. This two days training programme in each refugee camp was conducted by Ms. Emi Shinoda and are as follows.

1. Assamo refugee camp

Date	No of TBAs	Topic
June 27	2	Theory part on Perinatal care
28	2	Skill part on Normal Delivery Management

2. Aour Aoussa Refugee Camp

29	2	as above
30	2	as above

Hol Holl refugee camp

July 3	2	as above
4	2	as above

4. Ali Adde Refugee camp

5	1	as above
6	2	as above

This training programme was actually focus on TBAs but during lecture and demonstration other health workers especially MCH Nurse, CHWs, and Auxillaries were also present in all four refugee camps. One TBA of Ali Adde camp could not attend the programme because she had to attend a seminar in Ali Sabieh conducted by MOH.

Training Programme Activities in July

1. Hol Holl Refugee Camp

<u>Date</u>	<u>No of Trainees</u>	<u>Topic</u>
July 3	8	Management of Diarrhoea
4	8	Information on Antibiotics

2. Ali Adde Refugee Camp

5	12	Information on Antibiotics
6	12	Review of all previous lecture

In this way by the first week of July we could able to finish the whole Curative and TBAs Training Programme in all the refugee camps. Dr. Saroj Prasad Ojha and Ms. Emi Shinoda have prepared the Clinical Guideline Manual for the health workers working in the dispensaries.

At the end of training programme we hold small gathering in each camp for Certificate Distribution. All together we distributed about 50 participants who attended the training programme. In Aour Aoussa Refugee camp our Chief Co-ordinator, Mr. Razzak gave the certificate. At the same time we also handed over the Clinical Guideline Manual one for each camp. The trainees were very happy and appreciated Manual and Certificate.

In conclusion, they need more such kind of training activities and evaluation in time to time regularly.

A M D A
Association of Medical Doctors for Asia

JUNE 1993

Medical Statistics of the Refugee Camps in Djibouti in 1993

GENERAL STATISTICS:

<u>Camps</u>	<u>Aour Aoussa</u>	<u>Ali Adde</u>	<u>Assamo</u>	<u>Hol Hol</u>
Population 93' 5	7068	11097	5373	6793
New Comers	495	0	0	0
Births	8	15	10	5
Deaths	23	19	5	3
Population 93' 6	7548	11093	5378	6795
Number of patients	938	865*	1023	1089
Referral cases	29	6	3	14

MORBIDITY: PATIENTS SEEN IN THE DISPENSARY

<u>DISEASES</u>	<u>Order</u>	<u>%</u>	<u>Order</u>	<u>%</u>	<u>Order</u>	<u>%</u>	<u>Order</u>	<u>%</u>
LRTI	2	9.5	1	17.3	5	3.4	7	4.3
URTI	1	10.9	5	3.9	2	10.8	3	10.2
Diarrhoea	3	7.2	3	5.7	4	5.0	4	6.9
Dysentery	4	4.3	8	2.1	3	5.1	5	6.4
Anaemia	6	2.9	2	10.8	1	11.7	1	13.8
UTI	10	0.7	7	2.9	6	2.9	6	5.2
Malaria	8	2.0	11	0	6	2.9	2	10.8
Parasitosis	11	0.6	4	5.1	9	2.4	9	4.1
Skin diseases	5	3.2	10	0.7	11	0	10	1.8
Eye diseases	9	1.7	6	3.1	6	2.9	11	0.9
Ear diseases	7	2.1	9	1.2	10	2.0	8	4.2

* The number of paediatric patients used here is from June 19 - 30, 1993



MCH ACTIVITY REPORT : JUNE 1993

No of visit : Aour Aoussa ; 11 Ali Adde ; 4

	Aour Aoussa	Ali Adde
The number of total patient	109	64
NG tube	16	0
IVD	4	7

The health situation of MCH centers is so bad, specially in Aour Aoussa and Ali Adde. Most of the cases were pediatric cases, specially those of malnutrition who finally died of dehydration.

Then AMD has decided to follow up mainly cases of malnutrition, and put stress on rehydration by IVD and NGtube. Main diseases are RTI and diarrhea. Since these children are very malnourished, they were very hard to be cured. In the end of June, there was an increase of conjunctivitis in Aour Aoussa.

contradict facts about the situation in Mogadishu.

The term "Human Rights" has become the roof which powerful states are using in Somalia to accomplish their anti-human goals. Since UNOSOM is not different from a cannibal tribe, it is the sacred duty of all Somalians to defend their country.

XORRIYA, ISSUE NO. 328, DATED 18 JULY, 1993

UNOSOM ASSISTS SOMALI AND POLICE

UNOSOM II Hargeisa office has provided food aid to the Somaliland Police Force. The food, which will comprise sugar, rice and cooking oil, will be bought from local traders in Hargeisa.

The new director for UNOSOM II Hargeisa is regarded by the Somaliland community leaders as a man with a clear vision and is reportedly trying his best to assist the Somaliland Police force with every possible means.

BERBERA: CUSTOMS REVENUE

(16)

Berbera sea port customs are reported to be functioning well, after the government took them over about two weeks ago.



Association of ... for Asia
UNOSOM
UNITED NATIONS OPERATION IN SOMALIA

LOCAL NEWSPAPER TRANSLATIONS

HARGEISA, 18 JULY 1993

CAALAMI, ISSUE NO. 164, DATED 18 JULY 1993

UNOSOM CANNIBALISM

Since foreign troops occupied Mogadishu, innocent Somali civilians are being indiscriminately massacred under the mandate of the United Nations.

Modern American bombers unload deadly cargoes on defenceless civilians and leave high rising smoke behind.

The world mass media, which is manipulated by aggressors, spread censored reports which contradict facts about the situation in Mogadishu.

The term "Human Rights" has become the tool which powerful states are using in Somalia to accomplish their anti-human goals. Since UNOSOM is not different from a cannibal tribe, it is the sacred duty of all Somalilanders to defend their country.

XORRIYA, ISSUE NO. 358, DATED 18 JULY, 1993

UNOSOM ASSISTS SOMALILAND POLICE

UNOSOM II Hargeisa office has provided food aid to the Somaliland Police Force. The food, which will comprise sugar, rice and cooking oil, will be bought from local traders in Hargeisa.

The new director for UNOSOM II Hargeisa is regarded by the Somaliland community leaders as a man with a clear vision and is reportedly trying his best to assist the Somaliland Police force with every possible means.

BERBERA: CUSTOMS REVENUE

Berbera sea port customs are reported to be functioning well, after the government took them over about two weeks ago.

The Head of the Berbera customs, Mr. Hassan Ahmed, informed press reporters that the customs received a revenue amounting to half a billion Somali shillings and the money was deposited into the Berbera bank.

Mr. Hassan also said collecting revenues will be useless, unless guns are taken away from bandits. Mr. Hassan thanked the Berbera community for their extended assistance to him during his first difficult days in office.

ASIAN DOCTORS REPAIR HARGEISA HOSPITAL

The Asian Medical Doctors Association (AMDA), a Japanese based humanitarian organisation, started repair and maintenance work on the Hargeisa General Hospital. The organisation will also bring doctors and nurses to work for the hospital in the near future.

ERIGAVO WAITS FOR PRESIDENT EGAL

The Somaliland President, Mohamed Ibrahim Egal, is expected to visit Erigavo to open the Sanaag Region community elders meeting being held at the end of this week. Close sources to the President said he plans to leave for an unknown destination abroad after he returns from Erigavo.

第1次線	1993年7月31日	朝日新聞	(朝日新聞)
第2次線	1993年8月2日	朝日新聞	(朝日新聞)
第3次線	1993年8月5日	朝日新聞	(朝日新聞)
第4次線	1993年8月8日	朝日新聞	(朝日新聞)
第1次線	1993年9月1日	朝日新聞	(朝日新聞)
第2次線	1993年9月4日	朝日新聞	(朝日新聞)
第3次線	1993年9月7日	朝日新聞	(朝日新聞)
第4次線	1993年9月10日	朝日新聞	(朝日新聞)
第1次線	1993年9月13日	朝日新聞	(朝日新聞)
第2次線	1993年9月16日	朝日新聞	(朝日新聞)
第3次線	1993年9月19日	朝日新聞	(朝日新聞)
第4次線	1993年9月22日	朝日新聞	(朝日新聞)
第1次線	1993年9月25日	朝日新聞	(朝日新聞)
第2次線	1993年9月28日	朝日新聞	(朝日新聞)
第3次線	1993年10月1日	朝日新聞	(朝日新聞)
第4次線	1993年10月4日	朝日新聞	(朝日新聞)
第1次線	1993年10月7日	朝日新聞	(朝日新聞)
第2次線	1993年10月10日	朝日新聞	(朝日新聞)
第3次線	1993年10月13日	朝日新聞	(朝日新聞)
第4次線	1993年10月16日	朝日新聞	(朝日新聞)
第1次線	1993年10月19日	朝日新聞	(朝日新聞)
第2次線	1993年10月22日	朝日新聞	(朝日新聞)
第3次線	1993年10月25日	朝日新聞	(朝日新聞)
第4次線	1993年10月28日	朝日新聞	(朝日新聞)
第1次線	1993年10月31日	朝日新聞	(朝日新聞)

現地責任者 (AMDA) 支那 Dr. Dinesh Pokari
現地協力団体 (B.P. Memorial Health Foundation)
輸送協力団体 (Royal Nepal Airline 香港-カトマンズ)
(輸)

ネパール・バングラデシュ大洪水被災民 救援チーム派遣プロジェクト

(趣旨)

1993年7月24日からネパール東部、バングラデシュ及びインド東北部にかけて広範囲にわたる大洪水及び地崩れがあり多数の死傷者をだしています。現地では水、食料、衣類に困窮しコレラも発生しています。なお3ヶ国あわせて25万人がホームレスになっているという報告が入っています。

ネパール東部ダマック市でブータン難民の救援医療活動を続けていたネパール支部の現地医師団が7月25日よりNGOとして最初に現地入りして大洪水被災民救援活動に従事していましたが、7月29日にネパール政府よりアジア医師連絡協議会に正式に救援活動の要請がありました。

また、バングラデシュ支部とは7月28日から連絡調整を行ない8月1日に救援活動開始の連絡が入りました。これを受けてアジア医師連絡協議会は在岡山の10の民間団体の連合体からなるネパール・バングラデシュ大洪水被災民救援チームを下記の要項で派遣いたします。

皆様の御参加及び御支援をよろしくお願い申し上げます。

ネパール

- (派遣場所) ネパール東部のシマラ地区
- (活動拠点) ブータン難民第二次医療センター(ダマック市)
- (活動内容) 緊急救援医療活動+救援物資の配給
- (活動期間) 1993年7月-9月までの3ヶ月間
- (派遣日時) 第1次隊: 1993年7月31日
第2次隊: 1993年8月5日
第3次隊: 1993年8月26日
第4次隊: 1993年9月中
- (派遣者) 第1次隊: 岩永資隆(医師) 北角嘉徳(医師)
第2次隊: Dr.Rameshwai Pokarel(医師)
第3次隊: 成沢貴子、田中義郎、金平佳久、大賀潤子
第4次隊: 編成中
- (現地責任者) AMDAネパール支部 Dr.Dinesh Pokarel
- (現地協力団体) B.P. Memorial Health Foundation
- (輸送協力団体) Royal Nepal Airline(香港-カトマンズ)
- (補)

現在各方面から本部事務局に寄せられている善意の衣類(シャツ/ズボン/布/タオル等)救援物資は第3次隊がネパール訪問時に搬入予定。

アジア医師協
連絡

ネパールに2人派遣

来月には生活物資

大洪水の被災民を救え

戦火や災害に苦しむ人々の医療救援を続けているアジア医師連絡協議会(A.M.D.A、菅波茂代表、本部・岡山市)は、大洪水に見舞われたネパールで被災民の救援に当たることを決め、三十日、日本人医師二人を派遣した。同協議会はすでに紛争地域のソマリアに医師を派遣しているが、災害で緊急出動するのは初めての試み。

福岡市東区の岩永資隆医師三〇、ネパール政府が同協議会のアジア多

国籍医師団に救援を要請し、ネパールでは、インド国境に近い東部地区で今月二

十日ごろから大雨が降り続き、大洪水や山崩れが発生。同医師団現地事務所によると、約二十五万人が家を失った。飲料水や食料、生活用品が不足し、コレラの発生も心配されるといふ。岩永、北角両医師は一、二か月にわたり、巡回医療を続ける。来月中旬には、岡山市内の七団体から第二陣の医療スタッフ約十人も派遣され、現地に近いパングレアシユの首都ダッカを本拠地に大がかりな救援活動を進める。

来月中旬には生活物資も送る予定で、菅波代表は資金協力のほか不要な衣類やテントがあれば協力して」と話している。問い合わせは、A.M.D.A事務局(086・284・7730)へ。

バングラデシュ

(派遣場所) バングラデシュのネトロコナ及びダーガパー地区

(活動拠点) 日本-バングラデシュ友好病院(ダッカ市)

(活動内容) 緊急救援医療活動+救援物資の配給

(活動期間) 1993年7月-9月までの3ヶ月間

(派遣日時) 第1次隊: 1993年8月1日

第2次隊: 1993年8月10日

第3次隊: 1993年9月中

(派遣者) 第1次隊: 村田祐二郎、宗石賢治、他1名

第2次隊: 小林米幸(医師)

第3次隊: 編成中

(現地責任者) AMDAバングラデシュ支部 Dr.A.S. Nayeem

(現地協力団体) Dhustha Shasthya Kendra

(救援チーム構成団体)

1) アジア医師連絡協議会

2) 岡山県国際交流協会

3) 岡山国際協力機構

4) 岡山青年会議所

5) 岡山南ロータリ地域共同隊

7) 黒住教青年部

8) ケアフレンド岡山

9) 国際ソロプチスト岡山

10) ネパールやぎの会

11) 立正佼成会岡山教会

12) レッドサン

(救援チーム責任者) 山本秀樹(アジア医師連絡協議会事務局長)

(救援チーム事務局担当) 成沢貴子(アジア医師連絡協議会ネパール担当)

片山新子(アジア医師連絡協議会バングラデシュ担当)

(電話) 086-284-7730 (FAX) 086-284-6758

(東京地区担当者) 小林米幸

(電話) 0463-63-1380 (FAX) 0462-63-0919

(大阪地区担当者) 篠原明

(電話) 06-981-5178

(募金口座) 郵便振替 岡5-40709

(コメント)

8月17日現在においてネパール及びバングラデシュ両国における大洪水被災民救援医療活動は順調に進行しています。詳細な活動については9月号で紹介いたします。いずれにしましても大洪水被災民救援医療活動が1週間以内に開始できたのはネパール及びバングラデシュの両支部がパートナーとなり、現地からの的確な情報と受け皿としての迅速な行動があったからです。今後の自然災害における緊急救援活動のモデルになりうるプロジェクトです。

地球規模の気象異変

時時刻刻

台風7号が去り、どんまりとした空の続いた日本列島は東北地方を除き、「遅い夏」が戻ってきた。

異常な夏は日本だけではない。中国の大雨、米国中西部の大洪水など、例年になく気象異変が各地で生じている。世界的な異常気象は、偏西風の蛇行やエルニーニョ現象が原因との説が強い。だが、それだけでは説明しきれない異変が起きているようだ。

(東京・科学部 米山正寛、ワシントン大塚隆、ロンドン尾関章)

「夏らしい日はいつ来る 合わせが続いた。」「なぜ雨ばかり降るのか。」「なぜ低温傾向についてか」。気象庁天気相談所は春先から長期予報で指摘し、梅雨明けが半年より遅れる見通しになった先月二十日ごろから、こんな問い

までなお肌寒く雨の多い日が続くとみている。夏が過ぎ入れ時の業界や農家から「切実な声がいっぱいきています」と同相談所。

同庁長期予報課の説明では、日本の長雨は、冷たく湿ったオホシツク海流が勢力が非常に強い一方、太平洋高気圧が発達せず勢力が弱く、前線が日本の太平洋岸に停滞しやすい梅



へ北の冷たい空気を運びやすい状態が続いている。しかし「蛇行の原因が何かは、まだよくわからない」と酒井予報官。

米は熱波と冷夏
米国では、中西部の大洪水以外も、春から夏の気候に大きな異変があった。米海洋大気局(NOA)気候データセンターの調べでは、四一七月の降水量は、中西部のアイオワ州シ

タールラズで平年の二・三倍に達した。逆に南東部はかんばつに泣き、サウスカロライナ州グリーンビルでは平年の四割だった。気温も極端だった。東部のワシントンでは、四〇度の近い熱波に見舞われた七月

偏西風の蛇行 絞れぬ悪役 エルニーニョ

雨のような状態になったためという。台風が相次ぎ来襲し、前線を刺激したことがさらに雨量を増やした。

アジアで2方向

中国の大雨も、前線の影響らしい。米中西部のミズーリ州などの洪水は、米西部に冷たい空気が入りやすい状態の流れに分かれ、日本上空

北極を中心にはほぼ円形に吹く北半球の偏西風が、今夏は目立って蛇行しているのだ。アジア付近では、二つ

以来の最高。逆に西海岸の北西部は冷夏に苦しみ、月平均は一四・九度だった。原因として、NOA気候解析センターのエド・オ

レニック特別研究員は、北米大陸を通る偏西風の蛇行を挙げる。蛇行の原た(英気象局のD・パーカー博士)が、エルニーニョの方は、昨年半は、いったん終わりがけたのにふり返し、今年も続いている。今年に入って「ピナトゥボ効果は、ほとんど消え

複雑要因重なる

が続き、両方がぶつかる付近で長雨を降らせた。こうした広域にわたる多雨について、酒井重典予報官は「偏西風の蛇行とい

ろ共通の背景がある」と話す。例のように、平年なら北極を中心にはほぼ円形に吹く北半球の偏西風が、今夏は目立って蛇行しているのだ。アジア付近では、二つ

以来の最高。逆に西海岸の北西部は冷夏に苦しみ、月平均は一四・九度だった。原因として、NOA気候解析センターのエド・オレニック特別研究員は、北米大陸を通る偏西風の蛇行を挙げる。蛇行の原た(英気象局のD・パーカー博士)が、エルニーニョの方は、昨年半は、いったん終わりがけたのにふり返し、今年も続いている。今年に入って「ピナトゥボ効果は、ほとんど消え

地球規模では、今年の異変は昨年から続く二連のものだ。世界気象機関(WMO)本部ジュネーブの「九二年報」は、洪水、日照り、冷夏など顕著な異常があった地域を、二十カ所も挙げている。

「今回の異変は、複雑な要因がいくつもかかわっているはず。これまでない現象が起きているのかもしれない」と話している。

ブータン難民救援医療プロジェクト活動報告

アジア医師連絡協議会 篠原明

お陰様で3ヶ月のネパール国内、ブータン難民救援プロジェクトでの仕事を終え、7月上旬、無事帰国することができました。帰国に際しまして、現地の状況、現地で感じた事等、若干御報告させていただきたいと思えます。

現地の状況につきましては、以前にも多少御報告させていただきましたが、やはり保健医療をとりまく難しい問題が多いように思えます。なかでも、人々の栄養状態、日常生活の衛生状態は、日本で生れ生活している者にとっては、想像もできないほど劣悪です。

道路には、家畜の糞が、また下水道など整備されているはずもなく、人の糞までが散乱し、そこを子供たちは、裸足で走りまわっている、道端に落ちているものを拾って食べる。雨が降ればたちまち道路は水びたし、その路上で食料を売っている。食料を保存するにも冷蔵庫などは勿論なし、というような具合。

また、ヒンズー教において、牛糞とは物を浄化する作用があるとされており、出産・結婚など特別な行事の際、牛糞を部屋中に塗りとくったり、又、麻疹など体に発疹が出たのと、体中に塗りとくってやってくる患者に出くわすこともありました。

典型的な食事は、主食の米・豆類のスープ、野菜類を香辛料で味付けしたもの（いわゆるカレー）、典型的といいましたが、その他のヴァリエティーはほとんどない。したがって成人においてさえ、タンパク欠乏性の栄養障害が目立つ。その典型的な食事をコンスタントに毎日食べれる人々も限られた「金持ち」といかないまでも、お金を多少持っている層だけ。あまりお金のない一般の人々は、カレーもなしといった状況である。そして、たいがい一日2食。また、栄養障害は、成長期にある小児にとってその影響は強く現れる。体格が小さい。ということのみならず、疾病に対する抵抗力の低下をもひきおこすことになり、まるで、激戦地の中を、何の武器ももたず、裸で生活しているようなものである。生活環境の問題点をあげだすとつきりがないほどであるが、こういった問題の発生は、ゆきとどかない教育の普及が原因である部分が多いように思われる。（文盲率は70%とも…）難しい大掛かりなことではなく、まず基本的な少なくとも保健に対する最低限の教育の普及がなされないものかと、現地で日常を共にした日本人として願うばかりです。

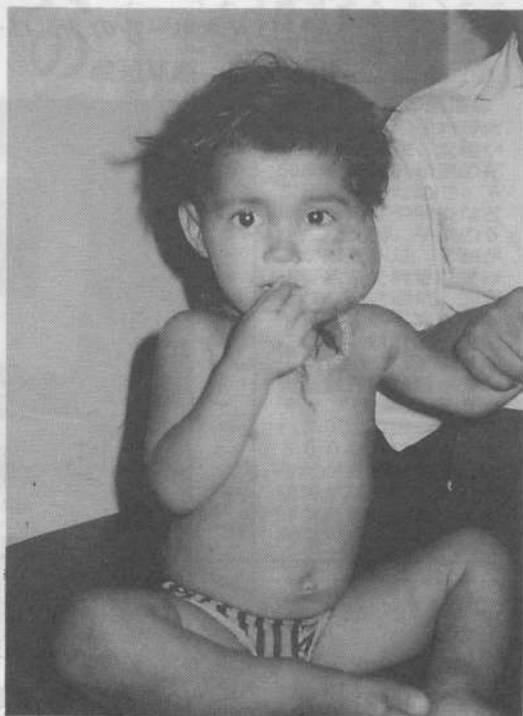
AMDAのHealth Center自体も、開設されてまだ数ヶ月と日が浅く、施設設備、看護の質等をとってもまだまだ不十分な部分も多い。（施設設備等は、資金面の問題ともからみ、何ともし難いところもあるが）「ソフト面」の不徹底。例えば、人員の整理が悪く、すぐ患者やその家族で溢れかえってしまったりする事。処置等の際、行動が遅い、清潔観念の不十分など。こういった事は、習慣・文化に根付いていることもあると思うので、全く日本式に改めてゆくことは、一方的で彼等にとっても難しいことかもしれないので、私が気付いた点については、なるべくお互いに意見を交換し、お互いが納得できる形で改良していくことができた。こういったことで、上辺だけの付き合いだけでなく、本当の相互理解を徐々に深めていくことが出来たような気がした。今回はネパールと日本の間で行われた



病棟で 幼児を診察する篠原医師



重傷な肺炎で意識状態も悪い
体重も7kgほどしかなかった。



顔面の著明な皮下膜病

れた意識の交換であったが、今後はこの DamakのHealth Center の場で、より多くの文化・習慣・伝統がぶつかりあい、そして共に前進してゆくという構図が生まれてゆければと思う。

Once I had a dream ……

キング牧師の演説ではありませんが

私は夢見ています。いつかこの Damakの丘で、アジアのみならず世界各国から、医療従事者が集まり、それぞれの経験を分かち合い互いの理解を深め、そして共に発展して行く。そんな日のやがて来ることを。



カトマンズのオフィスで
AMDAネパールのメンバー
山本医師、篠原医師



ヘルスセンターの前で
右よりDr. ナラヤン、Dr. ロヒト・ポカレル
篠原医師

ブータン難民救援医療プロジェクト活動報告

アジア医師連絡協議会 山本秀樹

AMDΛダマック医療センターはネパール東部の中核医療施設として円滑に運営されている。当センターでは、24時間体制の救急医療、入院施設（14床）、外来診療部門を有し、ブータン難民及び地域住民に対して診療を行っている。また中小規模の手術も行うことができる。センターは2名の医師ほか18人の常勤職員と1名の医師他10人の非常勤職員計28人で運営されている。当センターは、地元のヘルスポストや他の政府民間の医療機関と連携して診療を行っている。

1993年6月の取扱い件数は次の通りである。

A. 救急外来	83例
B. 手術	10例
C. 入院	44例
D. 外来（ブータン難民）	93例
E. 外来（ネパール地元民）	456例
合計	686例

A. 救急外来

受診者数 83人（男性：39人，女性：44人）

年令構成

疾患分類

年令	数
0 ~ 4	13
5 ~ 14	23
15 ~ 64	64
65 ~	5
合計	83

疾患	数
骨折	9
切創	7
高熱	7
急性腹症	4
胃潰瘍・胃炎	3
急性胃腸炎	3
その他	50
合計	83

B. 手術

手術数 10例（男性：7人，女性：3人）

年令 (4才 ~ 85才)

頻度の高い疾患

膿瘍の切開，排膿

のう胞の切除術

C. 入院部門

入院患者数 44人（男性：23人，女性：21人）

入院患者の年齢構成

年 令	数
0～ 1	8
1～ 4	6
5～14	11
15～24	8
25～34	5
35～44	2
45～54	0
55～64	3
65～	1
合 計	44

疾患分類

疾 患	数
肺 炎	6
チフス・パラチフス	6
細菌性髄膜炎	3
急性上気道炎+赤痢	2
赤 痢	2
急性虫垂炎	2
有機リン中毒	2
破傷風	2
急性胆のう炎	2
そ の 他	17
合 計	44

その他の疾患として、尿路感染症、包茎、チタニー、不明熱、背髄損傷、ほう窩織炎、肝脾腫を伴う急性上気道炎、腫瘍を伴う黄だん、急性腎盂腎炎冠虚血を伴う高血圧、陰のう水腫、でん部膿瘍、不完全な妊娠中絶、寄生虫を伴う急性胃潰瘍、中毒（原因物質不明）、ギランバレー症候群であった。

D. 外来（ブータン難民）

受診者数 93例（男性：53例 女性：40例）

年齢分布

年 令	数
0～ 4	6
5～14	11
15～24	23
25～34	17
35～44	10
45～54	16
55～64	5
65～	5
合 計	93

疾患分類

A) 呼吸器系

肺結核 8

肺 炎 4

(慢性閉塞性肺疾患)

その他 10

C) 循環器疾患

高血圧 1

B) 消化器疾患

急性胃潰瘍・胃炎 15

消化管内寄生虫 4

その他 10

D) 泌尿・生殖器疾患

尿路感染症 5

性行為感染症 4

E) 中枢神経系疾患

頭痛	2
G) 神経疾患	
神経症	1
そううつ病	1
I) 内分泌疾患	
糖尿病	1
K) 耳鼻科疾患	
慢性中耳炎	1
鼻中隔偏位	1
M) 産婦人科疾患	
妊娠	1
性器出血	1

F) 筋・骨格系疾患

腰痛	2
その他	1
H) 血液疾患	
貧血	2
マラリア	3
J) 眼科疾患	
屈折異常	2
結膜炎	2
白内障	2
L) 皮膚疾患	
切創	1
真菌感染症	1
N) 中毒疾患	
フェノール中毒	1

E. 外来(地元民)

合計 456例

年齢構成、疾患分類は(7月10日現在)未集計

○検査部門

血液検査……………血算、血沈、白血球分画、マラリア原虫検査

血液生化学検査……………血糖、肝機能検査

尿、便検査……………尿蛋白、尿糖、便潜血、便寄生虫

以上、臨床検査技師が施行

X線検査……………放射線技師のもと、単純X-Pの撮影が可能

超音波検査……………週1回、放射線技師が施行(10~20人/W程度)

○看護部門

婦長以下6人の看護婦及び6人の看護助手が三交替で勤務

日 勤 : 8:00 ~ 14:00

準 夜 : 14:00 ~ 20:00

深 夜 : 20:00 ~ 8:00

休日、夜間でも24時間体制で医師に連絡がとれる体制をひいている。

○薬剤部門

このセンターでは、完全医薬分業制をとっており、当センターでは処方箋を処方し、センターの開院に伴ってセンターすぐそばの敷地に民間の薬局がオープンして24時間体制で、薬を販売している。

難民に対する薬のみ、AMDAから直接渡している。

C. 入院部門

入院患者数 44名(医師1名、看護師3名、女性:21名)

外来受診状況

5月6日から6月18日の間、一般外来、救急外来を受診した初診患者461例につきまとめてみた。

性別

男性	46.7%
女性	53.3%

年齢構成

年齢	%
0～1	6.3
1～15	28.4
16～45	44.3
45～	19.3

疾患分類

疾患名	%	備考
消化器疾患	21.7	やはり感染症が主であるが、胃炎等炎症性疾患も目立った。香辛料の多い食事、喫煙率の高さなどが原因のよう。
呼吸器疾患	17.5	80例中22例が結核
皮膚・筋肉疾患	12.7	皮膚・筋肉患者が多いのはやはり軟部組織の感染症（皮下膿瘍等）が多いせい。
整形外科疾患	9.4	ほとんどが骨折。
眼科・耳鼻科疾患	7.2	眼科疾患は少ないというか診断できない。耳鼻科領域でもやはり感染症が多い。
泌尿器科疾患	5.3	心療内科的疾患 ノイローゼ・不安症など。結婚等家庭内の問題によるものも目立った。又、難民の症例が次第に増えてきているのは、無視できない問題であるかもしれない。
中枢神経疾患	5.0	
婦人科疾患	5.0	
心療内科的疾患	3.3	
その他	12.5	その他 59例中、腸チフス 15, 粟粒結核 4, 破傷風 2, ジフテリア 1, 蛇咬 2, 毒キノコ 1, 象皮症 2, 自殺(自刺) 2等

ダイケアセンターの子供たち

初夢のカンボジア文字の読み書きを習う

カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

現地フィールド・コーディネーター 熊沢ゆり

注目を集めたカンボジアの総選挙が終って2ヵ月が過ぎた。紆余曲折はあったが暫定政権ができ、行政機構の改革、人事異動があり、新政権への準備が着々と進んでいる。第1党となった UFM CINPEC (ラナリット派) のプノンペン市内の事務所の前には常に職を求め人々が屯している。新閣僚の中には外国生活が長くカンボジア語ができない人もいるという話など聞かすが、行政組織の中では各省レベル地方行政レベルとも人材不足と今までの実績は無視できず、局長以下末端の人事はほとんど変わっていない。

AMDA が主に関わる保健省の組織は変わらなかった。しかし新大臣 (FUNCINPEC) は思い切った改革をしようとしているようだ。外国からの援助の受入れ方法等の新しい方針は伝えられているが、まだ具体化されておらず、またその実現の可能性を疑う声も出ている。

(新しい方針については別の機会に報告予定) しかし先日保健省へ出かけ担当の若い事務官 Mr. K と話していて内部の改革は進んでいることに気がついた。

何と言っても勤務体制である。この国の公務員の給料は極端に安く、その上遅配続き、生活のため皆 secret job と呼ばれる副業を持っているのは周知の、ほぼ容認されていた行為であった。保健省も午後になって出かけると課によっては事務所のドアに鍵がかかっていることが度々あった。急ぎの用の時は困惑したものである。しかし今は新大臣の指示により皆1日省で働いているという。保健行政はこれでスムーズに行きそうに見える。しかし大きな疑問が残っている。彼ら公務員の給料がどうなったのかということである。

治安上の配慮から兵士・警官には先月 UNTAC から給料が払われたとの報告があったが、他の職種の公務員についてはまだである。AMDA が援助している Phnom Srouch 郡病院のスタッフ達によると今年6月以来の未払いだとのことである。それも一人たった10~20ドル分のリエルの月給がである。この状態で勤務時間を延長せよとの命令が出たことになる。「僕はまだ独身だからそれ程でもないけれど家族持ちの役人の生活は本当に大変だよ。」と言っていた Mr. K ですら夕方5:00から夜中12:00まで副業に出ていた。が、今は辞めてしまったと言う。Phnom Srouch 郡病院のスタッフも同様である。AMDA の医師達の活躍によって病院の評判は高まり来院する患者さんは増加し、多い日には1日120名以上にもなる。それに加え、最近新病棟のオープニングの準備に皆忙しく働いている。こんな状況で働き続ける彼らに頭が下がると同時に、彼らがどのように生活しているのか心配になって来る。このような”無料奉仕”はいつまでも続けられないであろうし、事実、地方の末端行政機関では担当者が仕事に来なくなってしまった所もある。

こんな中で問題となっているのは汚職の横行と人材の流失である。タテマエ無料の公立病院で診療費・薬代を要求された患者が逃げ出したり、それを恐れて病気になっても病院



Dr. WilliamがAMD Aのカンボジア人医師を
対象に行っている医学セミナー（毎週木曜）



病院のスタッフ、地域のヘルスワーカーを
対象に行っている教育プログラム（毎週土曜）
この日はDr.Mardyが「結核」をテーマに講義をした



デイケアセンターの子供たち
初歩のカンボジア文字の読み書きを習う

へ行かない人々が多い。役所の窓口も同様である。AMDAも何種類かの事務手続きで某2省から”袖の下”を要求された。いずれも相手の要求を理解できなかったふりをして通したためスムーズに事は運ばず、最終的には書類は発行されたものの少なからぬエネルギーと時間を使うことになった。こちらの対応の仕方がこれで良かったのかどうか疑問ではある…。それはともかく一番問題なのはワイロが横行し、それを負担できない貧しい人々が行政サービスを受けられなくなることであろう。

もう一点の人材の流失にはNGOも大きく関わっている。なにしろ「食べて行ける給料」「よりよい収入」を求める人々の狙う職場の第1が UNTACを始め国連機関、NGO、(そしておそらく企業も)などである。転職も私が知っているだけで5~6ケースあるし、実際 AMDA にアプローチをかけて来た役人も何人かいる。一度など小学校の先生がメイドとして使って欲しいといって来たことがあり驚いた。カンボジアの再建の主体はあくまでカンボジア人自身であり、その活動を側面から援助する立場にあるはずの国連やNGOに人材が流れてしまうのは本末転倒の話である。

公務員の給料や行政組織の問題など、およそNGOのレベルで関与できるものではない。しかし好むと好まざるとにかかわらず、日々の活動の中でNGOと政府の政策は影響し合うことになる。間もなく新政権もNGOに対する方針を明確に出して来るであろう。AMDAもそのワクの中でよりよい活動を追求していくのはもちろん、カンボジアの国としての再建という大きな視点を持ち、国の政策に対して良い刺激を与えて行けるだけの”力”を持ちたいと願っている。

カンボジアという国のかかえる問題のあまりの多さ、深さに加え、そろそろ始まっている UNTAC要員の撤退による治安の悪化、景気の後退等あまり明るい材料は出て来ない。しかしNGOの立場として出来る限りの活動をして行きたい。



蚊帳配布プロジェクト

配布の前にマラリア予防について話す

AMDAのパートタイムスタッフDr. Heak

その側で蚊帳を薬剤につける作業を行っている

平和の最新線

霊媒師

よみがえる悪夢の記憶

も月に一回くらい、こんなラッシュバックがあるんだ」と、疲れた表情で話した。

一九八一年、カンボジアから妻と子供二人を連れ、難民として渡ってきた。ポト派と戦う政府軍兵士だった。

ポト時代、多くの男が労働部隊に入れられた。サムウーも水路やダムを作った。

仲間が次々に処刑された。ポト派は「弾を節約する」といって、竹の棒で後頭部を殴って殺す。腹を裂くこともあった。食べ物も薬もなく死んでいく。歳の子供がいた。そんな死を、三十回は見た。

数年前、激しい頭痛が始まった。晴煙のにおいがする。敵が怖くてたんにすに隠れる。息ができない。昨夏、友人の

夢に苦しんでいた。ソーン・サン派の兵士だった。内戦下、山の中で七年間。敵対するベトナム軍に何度も追いかかれた。偵察に出るにつくと二人、敵に捕

臨床心理士ラニー・ラングに精神科医を紹介された。

プノンペンで、ミン・ブンリー(三三)も激しい頭痛と悪夢に苦しんでいた。

出来た。銃声が四方から迫ってきた。敵(ポト)に身を伏せ、撃ちまくって切り抜けた。こんな体験を、今も繰り返して夢に見る。

霊媒師の家で、ブンリーに出会った。国道3号に面したトタン屋根の農家の二階。カム・キム(五五)の「診察室」には書がたかれ、祭壇に仏像が並んでいた。

服をぬいだブンリーの体は、サンクリット語だといろいろ紫色の文字で覆われている。「弾が当たらない」と聞き、当時彫った入れ墨だ。

かげ気味の霊媒師は鼻をかみながら、まじないを唱えた。急げのせり、ぐったりした。立ち上がるも甲高い声で仏の言葉「を告げた。

「入れ墨に合わない悪い料理を食べたから、腹に悪霊がとりついたのだ。牛とカニを食ってはいけない。他人の妻を食ってはいけない」。途中で一度、くしゃみが出た。

キムのもとには毎日、十人以上の患者が訪れる。腸チフ



「悪霊よ去れ」と何度も叫びながら、霊媒師キムは患者に水をかける
●プノンペン郊外で

長い戦火、傷ついた心 専門医はわずか1人

戦火が二十年以上続いたカンボジア。歳月が流れ、一度は遠のいた悪夢の記憶が再び、よみがえることがある。PTSD(心的外傷後遺性ストレス障害)と呼ばれる。ワシントン郊外にあるランのクリニックは、過去六年間で百六十五人のカンボジア難民が悩みを訴えにきた。八〇%は、恐怖の再生に脅えるPTSDの患者だった。

だが、カンボジアで人々を治療するのは「クルクメル」と呼ばれる霊媒師や伝統的治療師である。この国にいる精神科医はたった一人。その医師カエ・チュム(五五)は「薬も金も乏しく、精神医療はいつも後回しだ」という。アジア医師連絡協議会(A M D A)メンバーの精神科医、桑山紀彦(五五)は今年三日、現地調査を終えて帰国した。精神科医の育成に向けたプロジェクトを進めている。だが指導するのか。患者は何人いるのか。課題は多い。桑山は「社会の混乱が続く、人々は精神的に傷ついている。心の面からの復興を忘れてはならない」と話している。(敬称略)

星条旗が翻る異郷の街を、サムウー(五五)の黒塗りの車は走り続ける。ワシントンでタクシー運転手になって十年。朝五時から深夜まで、官庁街周辺を流している。敵陣(せんりつ)は一瞬、前脚れもなくよみがえる。突然、ポル・ポト派の兵士が追いかけてくる。死体が転がっている。

後ろの客を思わず、振り返って見ることがある。「今で

カンボジア コンボンスプー州

プノムスロイ郡立病院新病棟完成祝賀会

代表 菅波茂



プノムスロイ郡立病院

1993年8月10日午前9時から11時までの3時間にわたって、アジア医師連絡協議会が担当しているプノムスロイ郡立病院新病棟完成の祝賀会が関係者の方々と地域住民の参加のもとに盛大に開催されました。新病棟には診察室、検査室、薬剤室、病室、ナースセンターに加えて教育／研修のためのコミュニティホールを備えコミュニティホスピタルとしての特徴をだしています。ソーラシステムが整備されており給水設備も取り付け中でした。従来の病棟、結核検査室、家族宿泊施設、家族炊事施設と一体化した施設、意欲あふれるスタッフとバックアップ体制の充実により当病院が地域の住民の疾病治療と健康水準向上に大きく貢献することを確信しました。

ここに至るまでに御尽力をいただいた関係者の方々に厚くお礼を申し上げます。特に予算をいただいた国連難民高等弁務官、祝賀会に暖かいスピーチをいただき今後共にご指導をいただく今川駐カンボジア日本大使、医療機器面でお世話になった駐カンボジア英国大使夫人そして相互支援をいただいている日本及び海外の国際NGOの方々にはあらためてお礼を申し上げます。

AMDA-JapanとAMDA-Cambodiaが協力しあって当病院を中心に更にすばらしい地域保健医療を推進できることを願っています。

Phnom Srouch District Hospital Opening Ceremony

10th August 1993

PROGRAMME OF EVENTS

8.30 am. Guests Arrive

8.45 am. Arrival of Dignitaries

9.00 am. Buddhist Prayer and Welcome

9.15 am. National Anthem

9.20 am. Guest Introduction

9.30 am. SPEECHES

Phnom Srouch District Health Director (Khmer)

AMDA Cambodia Representative (English)

Minister of Health (or Representative) (Khmer)

Dr. Suganami - President AMDA Japan (English)

H.E The Ambassador of Japan (Japanese or English)

10.10 am. Ribbon Cutting

10.20 am. Inspection of Hospital

10.40 am. Refreshments

11.00 am End of Ceremony

カンボジア 1991 August 1991 州
プノムスロイ郡立病院新病棟完成祝賀会
PROGRAM OF EVENTS
代表 菅波 茂

プノムスロイ郡新病棟完成祝辞

駐カンボジア日本大使

今川幸雄氏

ご来席の皆さん、本日ここプノムスロイに来て日本のNGOであるAMDAが、カンボジアの国民に対して行っている活動の成果として病棟の開設の式典に出席でき嬉しく思います。健康はあらゆる国のあらゆる人々に大切で、ひとりひとりの健康がなければ平和も経済発展もありません。その意味においてカンボジアの国民の健康向上のため協力しているAMDAの国際的活動はカンボジアの皆さんにとって素晴らしいものだと思います。AMDAの活動は日本を中心にさらに諸外国や国際機関の協力を得行われていますが、政府直接の援助ではなく民間の医療関係者が熱意を持って行われるその成果が素晴らしいものであることを確信しています。

本日はカンボジアの人々の健康向上と生活の改善、さらにそれがカンボジアと日本との関係改善に役立つ素晴らしい式典であることを知り喜んでおります。

面でお世話になった駐カンボジア英国大使夫人そして相互支援をいただいている日本及び海外の国際関係者の方々に厚くお礼を申し上げます。

AMDA-JapanとAMDA-Cambodiaが協力しあって当病院を中心に更にすばらしい地域保健医療を推進できることを願っています。



新病棟完成祝賀会の会場



左より菅波代表、今川駐カンボジア日本大使夫妻

カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

～プノムスロイ郡立病院完成に関するお礼～
アジア医師連絡協議会 Dr. William Grut

Your excellencies, Mr. (health minister), Dr Sukanami, Honoured
Guests, Ladies and Gentlemen,

It has been AMDA's pleasure to have worked now with the Phnom Srouch District Hospital for almost a year. Thanks to the enthusiasm of the staff and District and Provincial Health Administrations progress has been rapid and largely successful and our double pronged approach of modernizing and upgrading the District Hospital on the one hand, and reestablishing the Community Health Services on the other has progressed in well both directions. What you see before you today is however, the culmination of both much hard work and great generosity on behalf of many people of the world and it is to this aspect which I would now like to allude.

If I now extent my hand into the melting pot of the generous, foremost must spring to it the UNHCR. This great global organization of mercy has been foremost in the funding of most of what we celebrate today. The Qip's grant extended for implementation by AMDA has enabled the rapid expansion of Hospital and District services so that beneficiaries have increased many fold in only the space of a few months. Many a child lives today who would otherwise have perished of disease thanks to you. Many a family now sleep peacefully in the knowledge that medical help is available to them and that their children have been vaccinated properly. Truly this is then a correct manifestation of the term 'Quick Impact Program'. To any UNHCR representatives listing today I thus say to you that in choosing the District of Phnom Srouch as a project beneficiary you chose well. You chose an area of enthusiastic and motivated people whose main aim was and is to better the facilities available to its populous. Your impact on the deprived and suffering has thus been great, and it has been fast, - and for this we and many others thank you.

And thank you too to those who lie behind the United Nations. The Taxpayers of the countries of the Developed World. You are so often forgotten in the publicity of the mighty organization that you fund and often just taken for granted. Its from your pockets that the funds flow to keep the great ship afloat year after year. It is from

the sweat of your brows that grants such as Qip's are generated.

This we don't forget and for this we thank you.

I dip into the pot again and immediately find Staff of Phnom Souch Hospital - a note of admiration as well as gratitude. Every day we have been greeted by your energy and hard work. Grants, or application for such are sensibly not made to those who show no degree of enthusiasm. By your positive attitude, and fierce desire to improve the standards in the Phnom Srouch District, and preparedness to work for it often under very difficult conditions the foundation for this grant was generated. In seeing your great determination it was apparent from the beginning of our involvement with you that you could and would achieve results if given a chance. The UNHCR grant gave you that chance and you have not betrayed it. Now, the whole district is reaping benefits the benefits of your hard work and determination. Many have much to thank you for. Well done indeed..

Back into the pot - I pull out yet again a group of noble generosity - the people of Japan. Both through Organizations such as AMDA and through direct donations and grants you have time and again shown your willingness to dip into your pockets and help where help is needed throughout the world. In many ways AMDA, so carefully founded through the genius of Dr Suganami can be seen as a physical manifestation of the force of your determination to make the world a better place. Our organization largely runs through your generosity and through it is able to assist with direct aid and expertise where it is most needed. AMDA is a coalition between you and the People of Cambodia and through it you have forged a bond of friendship which will last for many years. Certainly, if it were not for you we would not all be present today celebrating the success we see before us. Our gratitude to you is great indeed.

To the Ministry of Health, Provincial and District Health Directors and their Teams go much gratitude. Your positive and informative attitudes in our cooperation here have been most helpful. Naturally our Organization can only operate where it is accepted and you have welcomed us with friendship, administrative assistance and warmth.

e and have made us true friends. Without your help AMDA would not be
in Phnom Srouch District. Thank you.

ere So back now into the pot and I see that it is still very full. There
are many others whose generosity has been bountiful waiting humbly
by though sadly, time will only permit brief mention.

Foremost on the list is His Excellency, Mr David Burns the British
Ambassador with his generous gift to Phnom Srouch District Hospital
of an ultrasound scanner, a facility we now share with Kg Spoe
Provincial Hospital where the equipment is permanently based. Our
very fair announcer today, Dr Changtar is rapidly becoming an expert
with the equipment thanks to the help of Dr Yit Sunnarung at the
Calmette Hospital. The facility will enable us to develop a proper
obstetric monitoring service encompassing education, assessment and
where necessary intervention and treatment. Sir, we thank you for
this magnificent gift. It will certainly save many lives.

The Kompong Spoe Provincial Hospital and The American Red Cross have
a special and continuing place in our roll of gratitude. If I may go
Canadian for a bit. - You guys are our 'big brothers' and real
friends. It is you we turn to for so many of those difficult cases
which we don't have the facilities to cope with. It is to your
prosthetics workshop that we send our amputees. If we are short or
simply don't have a difficult to obtain drug - you are the ones we
ask. Without you more than filling your role as reference hospital
for the Province so excellently, our services here would be but a
shadow of what they are now. Our gratitude is indeed deep.

Of course the major disease in our district is malaria and as a
consequence it is against this scourge that many of our resources
are targeted. Our efforts here again have attracted great generosity
from several sources. A donation from AFSC Cambodia has recently
enabled us to fill in the gap between supply and demand of
antimalarial drugs for this high season. Mitsui Tohatsu of Japan
supplied us with over 1400 bednets and treatment chemical for the
Chambok displaced persons village, and more recently cooperative
efforts between our health services and the National Malariology

b
Center, using bednets, treatment and educational materials supplied by them have enabled us to considerably extend the campaign. Well over 1000 treated bednets have now been distributed and weekly the number increases. While the dream of a malaria-free district may still be a long way off, we can now give the plasmodium warning - battle has been joined and, in time, will be won.

Th
In the opening lines of this short address I mentioned, as well as generosity, the words 'hard work'. Appropriate time then to make mention of the many hours that have been put into this project by so many people often for so little reward. The building that we are here today to celebrate was built under considerable security duress. At one time when one of Cambodia's (at the time) four armies decided to raid Phnom Srouch Village, the workers had to spend much of the night in the half completed water cistern out the back. Had I been among them I can assure you that this would have been sufficient for me. However not so for our workers who continued the next day and thereafter as if nothing had happened. Gentleman, my thanks and admiration. In passing it is of interest to note that in all aspects of the project those phases responsible for implementation by Cambodians have always been on schedule, effective and economical - a lesson perhaps for many of us expatriates to take home with us.

And for hard work particularly this past two weeks in the preparations for the ceremony today the staff of this hospital have been exemplary. Led by Mr Niep Kong and Mr Ooun, spare time has been cheerfully and uncomplainingly sacrificed by everybody in the desire to make a success of today and yet to maintain the everyday running of a busy District Hospital. A very special thank-you to you all indeed. Your example has been magnificent and shown just what can be achieved in just a short time. It is perhaps a small indication of the great potential this country has and what the future holds. Not so long will be the day when an efficient and effective health care network will extend to every village in every corner of the land. Where a communications system will be able to summon rapid and direct help or evacuation to modern, efficient and well run hospitals. Where public health and disease prevention techniques

will be common knowledge among all and infant mortality is in low single figures.

If these things sound like pipe-dreams then I ask you - just look to your neighbors. Thirty years ago I was a child in a guerilla war-torn Malaysia. Facilities were primitive. Now when I visit that country I see hospitals, shopping malls, agriculture and factories on a par with or exceeding any that exist in the west or Japan. With the courage and tenacity of her people, Cambodia is now starting to head down that same road to success and I for one am proud to be present at the beginning in this so vital area of health care. The way will never be entirely smooth but with the attitude and enthusiasm that we see demonstrated here today, progress is certain.

It is a great privilege and pleasure for AMDA to be involved with the District of Phnom Srouch and health care development in Cambodia. Though Japanese in origin and base, this organization nevertheless draws together many people of the world in the common cause of search for improved quality of life. In this way mutual issues can be compared and problems solved by drawing on a wide base of experience. This approach stresses that problems of health care do not exist in isolation and that disease is no respecter of man-made boundaries or political groupings. On the real great battleground - that against poverty, disease and ignorance, all have something to contribute and that no single group always has the answers to everything.

And so our association with the beautiful District of Phnom Srouch will I hope continue for many fruitful years. I look forward to may further milestones together down the road of progress. With the coming of peace and prosperity there will be new areas to be opened up and many new mouths to feed and health care needs to attend to. What we see today is simply a beginning.

Finally before I end I have a very special and personal thank you which I want to give. Of all the hard workers I seen here, one of the hardest is my friend and colleague Miss Yuri Kumazawa. If there is one person who has been most instrumental in setting up, pulling

together and running AMDA Cambodia it has been her. There is much praise I could give to her here and now but I know it would embarrass her so I will refrain. Let it be said however that if not for her, there is no way we would all be standing here today. In acknowledgment of that I would like to present her with a small token of gratitude from all of us who work with her.... Miss Kumazawa.



祝賀会に出席したNGOの人々

米赤十字 豪赤十字 SIPAR CONCERN

日本赤十字 SHARE 難民を助ける会

若い難民を助ける会 IJC 24時間テレビ

林原フォーラム第二分科会総括報告 Part 2

座長 朔 元洋 (朔病院理事)

「医療資源としての伝統医学」

アジアの伝統医学をめぐる様々な国際医療協力の可能性を多角的に議論した。中国、台湾、韓国、インド、タイ、ヴェトナム、ラオス、フィリピン、ネパール、の医師の参加を得た。参加者の選定にあたっては、現代医学の医師で各国の伝統医学の活用に取り組む中堅のリーダーを基準とした。(例外であったインドのアユルヴェーダ医師は現代医学の大学付属病院に勤務しており相応の現代医学的姿勢を身につけていると判断した)

伝統医学に期待される役割には、2つの非常に異なる次元がある。

第1次元は、発展途上国・地域などで現代医学が不足する状況におけるとりあえずの代替的役割である。この場合、活用の基準は厳しくない。

第2次元は、現代医学の普及した状況における現代医学にない特徴をいかした補完的役割である。この場合、活用の基準には科学的証明など厳しいものが要求される。

伝統医学は一般的にみて非常に論議の多いテーマである。現代医学の主流においてその価値が広く認められているとはいえない。実際、伝統医学には、一部いかさま的なものが含まれており、また現代医学の新治療に太刀打ちできない分野も少なくない。伝統医学の活用を唱えるにあたっては、このあたりの限界性や科学的裏付けを十分に踏まえなければ説得力をもてない。

伝統医学の現代的活用岡山宣言の採択

第2次元の貢献を視野に入れた伝統医学へのアプローチにおける基本的戦略を合意したものである。その骨子は、1) 伝統医学の中には、現代医療に取り込んでなお価値のある有効な治療法が相当に埋もれている。2) 有効性や安全性は、科学的客観的な証明を進めるべきである。3) 有効性の確認されない治療法は淘汰や改善を、また伝統理論にも適時見直しを加えるべきである。結果として生じる伝統医学の改変は積極的に受け入れるべきである。4) 臨床実践は、現代医学と協調的かつ相補的になされるべきである。などであった。

アジア多国籍医師団への提言

医師団の派遣される地域や状況では、現代医学の設備や薬品の不足が予想され、第1次元での伝統医学の活用が有意義である場合が想定される。

- 1) 現地の薬草の直接的採取と活用
- 2) 現地の伝統医学の活用
- 3) 現地外の伝統医学の導入(例: 針治療)

1) については、マニュアルの作成などが議論にのぼったが、短期間で薬草の判別や使用方法を修得するのは困難が多すぎるようである。主体は2)であり、その際伝統治療師、厚生行政担当者など現地の関係者といかに建設的な協力関係をスムーズに確立するかが重要である。この点多国籍医師団の構想に含有されている現地の医師および関係者との対等なパートナーシップの思想と共鳴するものであり、実現できる基盤があると想像される。

これだけの国からの中堅リーダーの出席を得て、文章化した宣言を正式に採択できたのは特筆すべき成果といえる。宣言の内容については、半年前から原案を準備し、数回の手紙やファックスを通じて全員が合意できる最終案へ煮詰めたものである。今後、伝統医学に関して一つの指針として活用されることが望まれる。宣言は公的雑誌への掲載を検討中であるが、興味のある方は連絡いただければ、郵送します。

Traditional Medicine Integrated Medical Network Project in Chiangmai

Pongsiri Prathnadi, M.D.*

First of all, I will give you some idea of the set up of the pilot project integrated traditional and modern medicine clinic in Chiangmai, the northern capital of Thailand 750 km. from Bangkok.

Prof. Dr. Auy Ketusing, Late Professor of Physiology, Pharmacology at Mahidol University who was the first one of the founder introduction to Thailand 20 years ago "Exercise for health". " Ayurvedic medical Traditional medical school in Bangkok (3 years curriculum modified Thai Traditional School). Unfortunately Thai Traditional medicine and Modern Medicine are separated complete independently in the practice of medicine in Thailand at the present time. Once at the begining of the first medical school in Thailand in 1889 the two systems of the medical curriculum were introduced for the teaching and learning of the medical students at that time and last long for only 15 years by some reason, then the modern medicine took over the Thai traditional medicine, it was gradual at first. By the time the government chose to establish western type hospital to every provinces and districts all over the country.

The Thai traditional medicine are still using and popular among Thai people who living in the suburban area and villages. The previous study found that 24.6 percent of the people is still using Thai traditional medicine, most of the people who use herbal medicine 84.8 percent live outside the municipality while the people inside the municiple use them only 15.1 percent and the children age 1-6 years use herbal medicine more often than adult. Most of the illness that lead the children to use herbal medicine are coughing, fever,

* Professor of Surgery, Faculty of Medicine, Chiangmai University
Chairman, Dhammanamai Society
Presented at the Hayashibara Forum, Okayama City, Japan May 21, 1993

measles and some skin disorder.

His idea of Professor Auy in forming Dhammanamai Society is to promote health by combined regular exercise, meditation plus proper diet to the people to know and understanding the way of longevity and his aim for the future trend is to develop the institute of Natural Therapy for Health to re-introduce the Thai traditional medicine such as herbal medicine, traditional massage, hydro-therapy, acupuncture and so on for recuperation of the patients, growing of herbal garden for Thai tropical herbs in many varieties that can be use for the end pharmaceutical products.

As you may know in most of the Asia Pacific Countries, A large quantity of new technologies are imported to boost the development in all sectors including medical, these are more modern hospital in most countries all of which are supplied by high technology medical equipments and dispensing expensive pharmaceutical products. We can presume that modern medicine would prolong life and at the same time we have to admit that it is very expensive and not suitable for the developing countries hearing more poor people, taxing both individual and the government.

Living in the developed world as modernization with high technologies can cause degenerative disease and untoward effect to the human life and environment. The degenerative disease caused by improper diet may affect the wide spread of coronary heart disease, Diabetes Mellitus, Hypertension, allergy, cancer, musculo skeletal disorder that happening recently in the past 5-6 decades ago by consuming more toxic chemical feeder animals instead of raw food vegetable as in the past like agricultural countries, there are more and more western life style not only high technology coming through the developing countries but also western food are importing, and spoilt our teenager group.

To make awareness of these thing, willing to introduce the project with the assistant of AMDA in Japan to negotiate the pharmaceutical firm who interested to invest with the Thai group in Chiangmai. The project should be outline into 4 phases according to the plan and facilities.

Phase I Dhammanamai Clinic

In the city of Chiangmai, This is the integrated traditional and modern medicine clinic dealing with patients as and out patient basis, the clinic managed by M.D. physician in make the diagnosis and follow the treatment by traditional medicine using aculpuncture, herbal medicine, physio-therapy and Thai traditional massage. This is the pilot project leading to phase II. We have started the clinic in January 1993 in townhouse building located in the city of Chaingmai area not far from the medical center of Chaingmai University.

The clinic is run smoothly half day, 4-5 day a week in the first 3 month period and finally to be health center for all walk of life to share their interest.

Phase II Establishment of Institute of Natural therapy for health.

During the first phase, if the number of patients at the Dhammanamai clinic increase to a large number, then we will be also able to transfer and admit the patiens to the hospital.

The hospital will be planned for 60 bed and need about 100 million baht for the consturction in the land of 18 rai in the suburban area of Chiangmai, this land was brought and has been kept for nearly 5 years ago. The hospital project has to be supported by external funds. In August 1992, Dr. Motohiro Saku visited Dhammanamai center Chaingmai and proposed the project to Dr. Sigero Suganami, President of AMDA Japan for financial assistance and collaboration under the project for Traditioan medicine. These hospital will be medical net work of AMDA international for Asia Countries in the future.

This health institute for natural therapy will be the first one in Thailand of its kind to blend modern medicine. Thai Traditional Medicine and Chinese medicine together. It will be the first step for better effective but less side effect therapy.

The detailed cooperation between TCM and MWM doctors and the research institutions concerning TCM in Taiwan are also provided in this article.

At the same time, the herbal garden will be arranged to grow several kind of Thai herb which are suitable in the vast area of mountain and high land area of Chaingmai, already prepared. This is not only for herbal pharmaceutical product but also for the research as well.

Phase III Hot spring Research project

The research project on hot spring therapy at Doi Saket District in the area of valley of mountain 25 km. from Chiangmai will be then begun on a land area of natural Hot spring, this research station will be built in this area of natural hot spring, Fresh and natural Hot spring water can provide researcher to study its effects on the therapy of many diseases and prevention for better health.

Phase IV Establishment of Health Center for the Elderly

After all the three phase have been set up and smoothly go on, the last project of the elderly Health will be then introduced at the Dhammanamai Natural therapy Hospital in Chaingmai. This project will be a complete health resort center. The center will be able to serve elderly people by providing clinical check-ups and other available health programs dice to the condition of each person.

As Dhammanamai clinic is the pilot project for integrated Traditional and Modern Medicine in Chiangmai, I as the representative of Thailand one of the country member of AMDA international would like very much to persuade the Asian countries member to set up health clinic in each countries, to exchange informations and idea and bring back the valuable natural resource to our own people for the better quality of life and longevity.

The Current Situation of Traditional Chinese Medicine in Taiwan

Dr. Ching-Chung Lin

Department of Chinese & Western Medicine

Cooperative Treatment Centre, China Medical College Hospital

Taichung, Taiwan, R.O.C.

Summary

Traditional Chinese Medicine (TCM) and Modern Western Medicine (MWM) are two medical systems in Taiwan. TCM in Taiwan and the Chinese Mainland are of the same origin, however, Taiwan now has its own characteristics. For example, for nearly 100 years, strict National Qualification Examinations have been required for doctors practicing TCM. Government regulation prohibit TCM doctors from using TCM drugs and MWM drugs at same time. The most important milestones in the development of TCM in Taiwan are : (1)the restoration of TCM doctors license examination in 1949,(2)the establishment of the China Medical College(CMC)in 1958, and the associated hospital (CMCH) in 1980.(3)the adoption of TCM in the national insurance system by the government. The demands for TCM have been dramatically increasing since 1988 when it was covered under the national insurance system.

The CMC is the only college producing TCM doctors in Taiwan. The principal goal of the 7 -year TCM program and the 5 -year postbachelor TCM program of CMC is to cultivate and encourage students of exceptional ability to become competent physicians. It also provides special training courses for doctors of TCM who are self-taught and have passed the National Examination in TCM. Through extensive clinical training at CMCH, we are able to cultivate doctors that are trained and highly qualified in both TCM and MWM in Taiwan.

The number of practicing TCM doctors varied from time to time, 903 doctors in 1902, 97 doctors in 1942, and 2514 doctors in 1991. A total of about 250-300 new TCM doctors are produced annually, composed of college students and successful self-taught students. Currently Taiwan has 1689 TCM clinics, 92 purely TCM hospitals and 11 combined MWM and TCM department hospitals, where most of TCM physicians serve the public. In 1991, Taiwan had 7216 licenced pharmacy firms, which also played an important role in Taiwan's TCM development. About 600 kinds of herbs and 200 kinds of herbal formulas are now being used, at a primary estimated value of over U.S.\$130 millions in 1991. Over 60% of the herbal production is in concentrated powder form for the convenience of the patients.

The detailed cooperation between TCM and MWM doctors and the research institutions concerning TCM in Taiwan are also provided in this article.

I.HISTORY

Traditional Chinese Medicine (TCM) and Modern Western Medicine (MWM) are two medical systems which developed separately in Taiwan.

Traditional Chinese Medicine in Taiwan and the Chinese Mainland are of the same origin, however, owing to the slightly different historical background and the rapid developments in the economy and society of Taiwan, TCM on Taiwan has developed its own special characteristics^(12' 13' 18). For example, for nearly 100 years, strict National Qualification Examinations have been required for doctors practicing TCM. Government regulation prohibit TCM doctors from using TCM drugs and MWM drugs at same time.

There is no reliable information when TCM began in Taiwan. The first record was in Ming Dynasty (about 1600 A.D), when war refugees from China Mainland brought Traditional Chinese Medicine (TCM) with them to Taiwan. Many ancient TCM textbooks were also brought to Taiwan. The most important textbooks for Taiwan's TCM doctors were Shanghanlun (傷寒論) and JinKuiYaoLue (金匱要略). Several other ancient TCM textbooks also followed.

Today's TCM in Taiwan can generally be classified into 2 schools: Jing-Fang-Pai school (經方派) and Shi-Fang-Pai school (時方派). Both of them adopt several indigenous (native) herbs.

The former, Jing-Fang-Pai is a school in favor of classical prescription, whose members cling to the use of prescriptions recorded in Chang-Zhongjing's "Shanghanlun" and "JinKuiYaoLue". The Shi-Fang-Pai is a school of contemporary prescriptions, whose members do not rigidly adhere to the use of recorded prescription, but instead prescribe their own remedies.⁽²²⁾ Taiwan's TCM doctors may belong to either school depending on their techniques⁽⁷⁾. See Figure 2.

The development of TCM in Taiwan, and its relationship to Modern Western Medicine (MWM), is similar to that of Japan⁽³³⁾, since Japan had ruled Taiwan for more than 50 years. Because the Japanese government was inclined toward westernization, TCM was surpassed by MWM in the beginning of the 20th century. The first national TCM licences examination for doctors was held in 1901. A total of 1,903 TCM doctors passed the examination and got a licence to practice. There was no other TCM licences examination again for nearly 50 years

Taiwan. At that time, MWM was the dominant method of treating patients, and TCM declined considerably during this time period. See figure 1⁽⁷⁾.

There are a few important milestones in the development of TCM in Taiwan^(4) 10) 15) 20), the most important being as follows :

- (1) The restoration of TCM doctors license examination in 1949, which attracted more talented people within in the field.
- (2) The establishment of the China Medical College(CMC) in 1958 and, later on, the associated hospital (CMCH) in 1980. Before the founding of the CMC, Traditional Chinese Medicine was handed down from generation to generation, or from master to apprentice. After finishing this kind of training, students were able to take the National Examination in TCM and upon passing were awarded a license to practice. This kind of TCM educational system naturally resulted in uneven standards. However, since the establishment of the CMC, proper education standards and regulations have been adopted by the government and the college, thus improving the quality of TCM and promoting modern scientific research of TCM with in the field.

The opening of the CMC's associated training hospital (CMCH), 1980, was yet another big step in the development of clinical Chinese Medicine training. The CMC hospital is the first combined Chinese / - Western Medicine training hospital in Taiwan.

- (3) The adoption of TCM in the National Insurance System by the government. TCM practice in qualified TCM hospitals was first adopted by the National Insurance System in 1988. In 1991 and 1993, insurance coverage expanded to include qualified clinics, making TCM more competitive with MWM, as demands for TCM among patients dramatically increased^(3) 28), see Figure 1.

The above three important milestones have caused TCM to flourish in Taiwan.

II. LICENCE AND EDUCATION

(I) Licence

Doctors who practice TCM in Taiwan must pass a National Qualified

Examination to get a licence. This unique characteristic of Taiwan's TCM development compared to that of other countries, has greatly advanced the standards of TCM practice. The licence authorizes doctors to practice any field of TCM, including acupuncture, moxibution and Chinese massage. There is no distinct licence for each specialization. TCM doctors from college can apply modern examination equipments for evaluation, however, government regulations prohibit any TCM doctor from using TCM drugs and MWM drugs at the same time. A six-month suspension is levied for TCM doctors, who violate this restriction. Since 1958 both MWM and TCM licences have been granted to doctors completing the 7-year Chinese Medicine program of CMC. Graduates then have to choose which medical system to practice, TCM or MWM. For the doctors exclusively in the TCM field, the 5-year postbachelor Chinese Medical Program of CMC was established in 1984. Graduates from this 5-year program are only eligible for the Chinese Medicine Licence. Up to 1992, there have been a total of 1,822 graduates from the 5-year and 7-year programs of CMC, and nearly 165 new graduates since that time. Approximately 250-300 new TCM licenses are awarded annually to college graduates and successfully self-taught students. See Table 1^(57, 87, 257, 28).

Before the establishment of CMC in 1958, TCM doctors were selected from self-taught students who had passed the National Examination in TCM. The first National Examination was held in 1901, but afterward there were no more examination for nearly 50 years. The TCM licence examination for self-taught students was restored in 1949⁽⁷⁾, and recently has produced licenced about 100-200 doctors every year.⁽²⁸⁾ This has played an important role in the TCM doctors' market, as there has been a dramatic increase in licences (Table 2, Figure 3)^(7, 12, 28). In 1992, there were 2,514 practicing TCM doctors, including CMC graduates. About one-fourth of licenced TCM doctors were not practicing in 1991.

There are 10 medical colleges in Taiwan up to 1993, which including CMC.

(II) Education

The following TCM educational program at CMC and clinical training at CMCH, are the representative of TCM education in Taiwan.

1. The Divisions and Staff of the Chinese Medicine Department of the CMCH

The TCM department of the China Medical College Hospital has altogether nine divisions as seen from Table 4.

The staff of 50 physicians in the TCM department is comprised of highly qualified medical doctors, all honorable graduates of the China Medical College, who have given up the opportunity of receiving high salaries from MWM practice for further the development of TCM. These physicians are not only responsible for treating patients but also for teaching and training students^(8) 28). In contrast to ancient times, TCM is no longer passed down from generation to generation in the traditional way. At China Medical Hospital TCM is taught with the help of case report discussions along with seminars. Modern advancements are discussed and evaluated in a scientific way. These new teaching methods have set a model for the teaching of clinical TCM in Taiwan^(1) 26).

2. Clinical Training in the TCM Departments of the China Medical College Hospital

The main goal of the clinical training courses in the TCM departments is to cultivate and encourage students of exceptional ability as they participate in these programs. Participants of the clinical training fall into 3 kinds :

1. Medical students following the 7-year Chinese Medicine program.
2. Medical students following the 5-year postbachelor Chinese Medicine program.
3. Licensed Chinese Medicine Doctors who are self-taught and have passed the National Examination in TCM.

The qualifications and training programs of these three kinds of students are slightly different (Tables 5,6) as follows^(10) 18) :

A. THE 7-YEAR CHINESE MEDICINE PROGRAM

The 7-year TCM program includes five years of on campus study and two years of clinical training at the hospital. Within the first five years, students are required to complete a total of 358 course credits which include both the requirements in MWM as well as TCM.

In the fourth year of this program, students participate in a practicum during their summer and winter holidays, a total of about six months, in order to gain clinical knowledge of TCM. This practicum gives them 32 extra credits.

In the sixth and seventh years, students are required to take two final examinations, one in Modern Western Medicine (MWM) and one in Traditional Chinese Medicine (TCM). Successful candidates are awarded two licenses, allowing them to practice either either MWM and TCM^(17 257 28). However, they have to choose one to practice.

B. THE 5-YEAR POSTBACHELOR CHINESE MEDICINE PROGRAM

In the postachelor TCM program, students are required to complete a total of 148 course credits, including 41 credits in MWM.

In the 3rd year, students begin their clinical training in MWM. The 5th year of this program consists of clinical training only in TCM. After completing the required clinical training, students are eligible to take the National Examination in TCM. Passing students are then awarded a Bachelor of Medicine degree with a license to practice TCM⁽¹³⁾.

C. NATIONAL EXAMINATION IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

This category includes students that are self-taught and have passed the National TCM examination. It is different from that of college trained examination. Students of TCM were required to pass two examinations in order to practice TCM. First they had to pass a qualifying examination which would allow them to take the second specialized TCM examination. After passing the second examination, students were given a license to practice TCM. These examinations are held annually. An average of about 10,000 students pass the qualifying examination. Only about 1,500 students, however, pass the TCM examination and thus receive a license.⁽²⁵⁾

In order to further raise the quality of TCM in Taiwan, the government has decided that it will be necessary to change the regulations and requirements regarding the license in TCM. These changes are as follows : ^(147 25)

1. All future TCM doctors will have to have their training and education at the CMC, thus abolishing this National Examination in time 2002 to come.
2. Doctors who have previously received their licenses through passing the National Examination will have to receive additional training.

3. After 1988, all students who have passed the National examination must also complete 44 credits on campus and 50 credits at a hospital before they will be given a license. See Table 6.

3. Clinical Chinese Medicine Education at the CMCH

There are three major clinical training programs provided by the CMCH :

(A) INTERNSHIP

(B) EXCHANGE PROGRAMS

(C) TRAINING COURSES FOR COMBINED CHINESE / WESTERN
MEDICINE^(87 87 107 127 14-177 26)

A. INTERNSHIP

This is the first training program at the CMC hospital. It is aimed at further developing student's knowledge of theory, prescription and drug-combination of TCM. This program is comparable with the training program of MWM⁽²⁶⁾.

Below Table 7 is the training program for students following the postbatchelor TCM program.

All students must spend several months in each department, thus becoming familiar with all aspects of TCM and enabling them best choose a division they would prefer to specialize in, when they become practicing physicians^(87 137 147 167 26).

Tables 8 and 9 give a brief outline of the daily activities of the intern doctors at the Chinese division of CMCH.

Tables 10 and 11 explain the contents of the training program in the Massage and Acupuncture divisions^(87 87 237 26).

B. EXCHANGE PROGRAM

The exchange program is the second training program. It includes training courses for resident doctors of the TCM and MWM departments.

This 5-year course alternates 6 month periods of Chinese Medicine and Western medicine. During the first 3 years, resident doctors receive additional training in MWM and TCM at the CMCH. During the 4th and 5th year, they visit other hospitals and thereby broaden their experience.

After completing this training course, resident doctors are awarded a

certificate of attendance and completion, certifying competence in both systems of medicine.

The purpose of the training course is to combine MWM and TCM in order to develop the potential of TCM and advance toward a new medical system — “Datong Yixue” (大同醫學)^(5) 9' 12' 15-17' 21).

C. TRAINING COURSES FOR COMBINED CHINESE / WESTERN MEDICINE

This is the third clinical training program in Chinese Medicine at the CMCH.

Doctors of both TCM / MWM work together in a variety of clinics⁽²⁰⁾.

Numerous clinics are included. Patients visiting these clinics are diagnosed using both Chinese and Western methods. They are then treated either Chinese or Western medicine according to the condition and preference of the patient (Table 12).

The results of this cooperative program are evaluated using modern biochemical data. At the same time, Modern Western Medicine doctors and Chinese Medicine doctors can learn from each other for the purpose of unifying TCM and MWM (zhong xi yi yuan hua)(中西一元化), working toward a combined medical system.

III. CLINICS, HOSPITALS, PHARMACIES

(I) Clinics, Hospitals

There is a slight difference between TCM clinics and hospitals. TCM clinics have 1 or 2 departments, where as hospitals have 3 or more. Most TCM doctors practice in clinics and hospitals. In 1991, there were 92 hospitals and 1,689 clinics in Taiwan with the exclusive function of TCM. There are 11 combined MWM and TCM hospitals, see Table 13. The above number will increase when the National Insurance System is applied nationwide in 1995. Both TCM and MWM methodology and only TCM drugs can be utilized in these pure TCM clinics and hospitals. It is illegal to combine the use of TCM and MWM drugs. Two — years of postgraduate training and six months of independent practicum are required for clinical work. Doctors may be college graduates if applying for National Insurance System coverage in TCM. This regulation offers ensures

high standards for patients being treated at TCM clinics and hospitals.

(II) Pharmacies

The doctor's office and herb pharmacies of TCM used to be separate in Taiwan. MWM and TCM herb pharmacies also used to be independent from one another⁽²⁸⁾. The education levels of the herb pharmacist varied. However, modern government regulations encourage more college graduates, and fewer less-educated people to practice pharmacy. Students of Pharmacy within MWM who have finished a minimum of 14 credits in TCM, can dispense both MWM and TCM drugs at the same pharmacy after passing the National Examination to get their pharmacy licence. Prior to this time, these college graduates dispensed MWM drugs exclusively. There are now about 550 graduates from 8 medical colleges every year. In 1991, a total number of 7,145 licenced TCM pharmacies operated in Taiwan, operated by qualified college graduates and as well as unqualified herb handlers. See figure 4. In 1974, the government's licenced herb handlers who had already been previously practiced, thus dramatically increasing the number of licensed pharmacies. Due to the change in government regulations, TCM doctors can now manage herb pharmacies at same clinics. The difference between TCM clinics and purely herb pharmacies is that the clinics have TCM doctors which authorize prescriptions⁽²⁸⁻³²⁾, whereas pharmacies do not.

(III) Consumption of TCM Drugs

Preliminary statistics of TCM drug sales from manufacturers (Figure 5), show that domestic consumption is much more than export consumption. Since the consumption increases each year, it also means TCM drugs are increasingly popular in Taiwan. A preliminary estimated value of TCM drug production by manufacturers was nearly US \$130 million in 1991. The price paid by patients is 2 to 4 times that^(28, 32).

Acupuncture and Chinese Massage can only be practiced at licenced TCM clinics or hospitals. TCM doctors choose to practice these techniques according to their preference, and the requirement of the patients. There are separate charges for this technique, which can be applied to National Insurance System. Anma massage is a folk treatment in Taiwan. It was developed separately from acupuncture or any type other of drug remedy. Licences are

given only to the blind whom have graduated from the blind schools, which give them massage lessons. Anma massage is not applicable to the National Insurance System.

IV RELATION OF TCM TO MODERN WESTERN MEDICINE

TCM in Taiwan has played a less important role than MWM. Usually MWM doctors neglect TCM, (except those who graduate from CMC), citing it as not being scientific, reliable, or verifiable. However, TCM is still favoured by many people. Generally, people tend to go to MWM doctors for acute sickness, but for chronic illness, both MWM and TCM are considered. Recently, MWM doctors are changing their attitude toward TCM. They acknowledge that Modern Western Medicine (MWM) is not able to effectively cure all sickness, and that there seems to be a considerable amount of remedies in TCM, which are beneficial enough to be integrated into modern medical practice.

(I) Clinical Aspects

Though the government regulations do not allow doctors to prescribe TCM and MWM drugs at the same time, some patients would like to secretly take TCM drugs even when staying in a modern hospital for MWM treatment, for example, patients with ailments such as hepatitis. At CMCH, TCM and MWM are cooperative. The MWM doctors in charge of patients caer, consult TCM doctors to give prescriptions to the patients at the same time when they are being treated by MWM drugs. Usually, under primary observation, a synergistic effect results in relieving the sickness sooner. There are several research papers reporting that MWM drug dosage can be reduced through the combined use of MWM and TCM drugs.

TCM doctors are fewer than MWM doctors, their practices are smaller due to fact that the National Insurance System is not applicable for resident patients of TCM. Patients must pay themselves when they stay in the TCM department of the hospital.

(II) Research Aspects

The manpower and budget involving TCM was less than that of MWM. Currently there is a dramatic increase in TCM interest and research (Figure 6). The situation is changing because of the following factors: (1) government

leaders are paying more attention to TCM, (2) budgets are plentiful due to high economic development, (3) the establishment of CMC, thus increasing the standards of TCM doctors, (4) more TCM research institutes have been set up and involving the TCM field. The institutions which are responsible for TCM research in Taiwan are shown in Table 14. It is encouraging to see MWM leadership such as the National Taiwan University College of Medicine, recent participation in TCM research. Most pharmacy departments are engaged in research work. TCM doctors are required to join "The TCM Doctors' Association", which helps assist doctors in their practice. It helps educate members through conference meetings, in researching and in publishing. Several other associations, such as The "Taiwan Herb Pharmacy Association", sponsored by the herb pharmacies, assist in research as well. These two associations also support and help implement government to manage and execute its regulations on TCM. For example, they have prohibited their memberships from using Rhinoceros Unicornis in accordance with request of "World Wildlife Protection Association".

A college education is enough training for a doctor to be a good researcher in TCM. Today Taiwan's TCM doctors from colleges can apply biochemical analysis in laboratory. Large scale research and evaluation of effectiveness of TCM has been studied recently. The number of research projects (including acupuncture) shows a recent upsurge. More specialists in every field are engaged in TCM research. The results of the research are encouraging; some TCM remedies show a positive effect, though a few of them do not.

Some preliminary research shows a synergistic effect for combined use WMW and TCM drugs. For example, patient with Nephrotic Syndrome seemly can reduce their daily dosage of steroid by combining TCM remedies with MWM⁽²⁾.

There should be a strong relationship and cooperation between TCM and MWM doctors, for the purpose of collecting patient data; utilizing medical instrument application; utilizing biochemical laboratory analysis and correctly utilizing TCM remedies for scientific evaluation. This understanding and cooperation is being carried out successfully in CMCH and in 10 other hospitals; for these hospitals have both TCM and MWM departments. There is a need, however, for more cooperation between the two systems with in other hospital and clinics in the island.

V HERBS AND FORMULAS

There are approximately 600 kinds of herbs and 200 kinds of formulae combination of herbs that have been used in Taiwan^{(8) 77 29-31}. It includes several indigenous (native) herbs in Taiwan. Each formula usually consists of one to 50 kinds of herbs, usually 3 to 16 herbs, see Figure 7. A mixture, of combined formulas and herbs, is usually contained in a combination for prescription.

Decoction is favored by Taiwan people and is usually supplied by herb pharmacies. It should be noted, however, that the National Insurance System is only applicable for granular powder, which is produced in qualified G.M.P. (Good Manufacture Process) factories. Patients cover their own costs when choosing decoction prescriptions in Taiwan. A comparison of the production of TCM drug preparation in Taiwan in 1992 is shown in Figure 8⁽¹⁹⁾.

There are several advantages in using concentrated powder for TCM drugs: (1) easily taken by the patients, (2) preparation time is less, (3) cost is less, (4) quality standard is high (5) easily combined with other medication for TCM doctors. In 1995, when the National Insurance System becomes available to all people in Taiwan. It is predictable that ready-made flexible concentrated powder will dominate the market in Taiwan, as opposed to decoction.

VI DISCUSSION AND CONCLUSION

There are differences in herbal medicine practice among Japan; China and Taiwan, though all have same origin from China. Government medical policy has strong affection on TCM development in each country, and Taiwan is no exception. It is important to have the government pay more attention to TCM development than before, to meet the people requirement.

It is the special characteristics of TCM development in Taiwan, doctors must pass the National TCM Qualification Examination, then get the licence to practice. This can assure the high quality of TCM doctors for patients. Because hazards still exist when herbs are taken incorrectly. For example, several hazardous cases of mistaken Dysosma pleiantha have been reported recently. A 53 credits course and National TCM Licence Qualification Examination are required for MWM doctors wanting to practice TCM. This can assure TCM practicing standards in Taiwan, and can be a model for other countries^{(1) 28}. TCM education at CMC and clinical training in CMCH have given a new

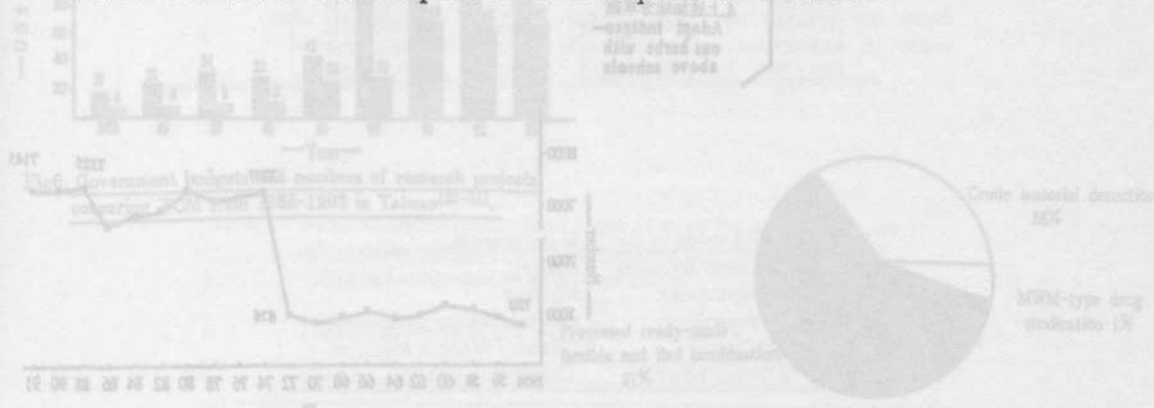
face for TCM development in Taiwan. Abolishing the traditional father/son teaching, now TCM is discussed and evaluated in a scientific way. These institutions also supply the right environment for practicing TCM or MWM doctors coming back for reeducation in TCM or MWM. For the purpose of elevating TCM doctors' standards, the TCM National Examination for self-taught students will be terminated step by step and completely abolished by 2002⁽¹⁾. At that time, all TCM doctors will come from a medical college. Subtype department of TCM licence such as MWM is considered in the future.

There should waste use both TCM and MWM medicine to treat same sickness of same patient. So it is important to evaluate if there is any synergetic or antagonistic effect when combining the use of these two kinds of drugs in Taiwan for the future.

MWM doctors used to neglect TCM except for those graduated from CMC. How to enhance their cooperation is not only important for the patients but also for research in Taiwan. TCM doctors should further expand their cooperation with other institutions such as pharmacy; agriculture; food science etc....., which can promote the results in research.

TCM doctors in China Mainland, who graduated from TCM programs of medical colleges, can use MWM and TCM drugs in case of emergency. But it is prohibited for TCM doctors in Taiwan⁽¹⁾. There is need more for further evaluation if proper use of MWM drugs is useful by TCM doctors who graduate from medical college in case of emergency.

We hope this report will present a clear picture of the current situation of TCM in Taiwan and will be helpful for its development in the future.



The number of TCM doctors in Taiwan from 1981-2001. A comparison of the production of TCM drug preparation in 1998 in Taiwan.

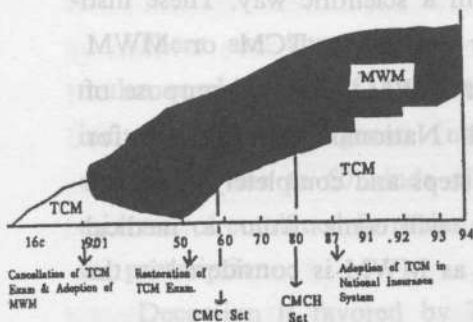


Fig 1. Historical Distribution of Traditional Chinese Medicine (TCM) and Modern Western Medicine (MWM) in Taiwan

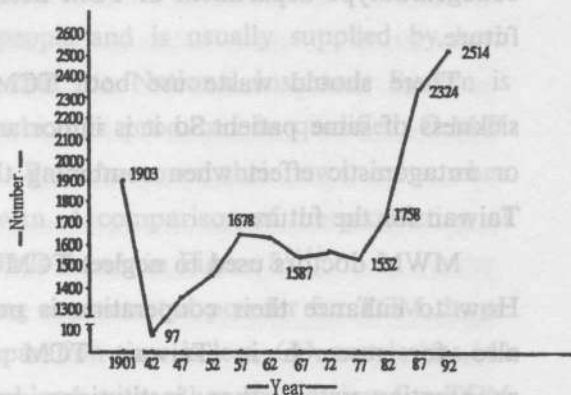


Fig 3. The numbers of TCM doctors practicing from 1901-1991 in Taiwan⁽²⁸⁾.

Fig 2. Historical Influence from China and Modification in Taiwan

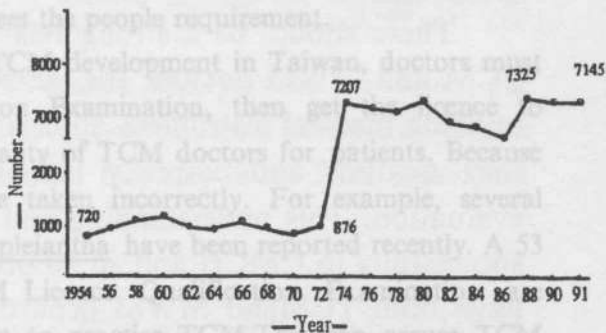
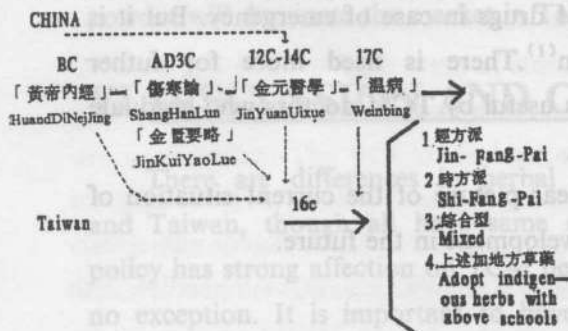


Fig 4. The numbers of licenced TCM herb pharmacies from 1954-1991 in Taiwan⁽²⁸⁾.

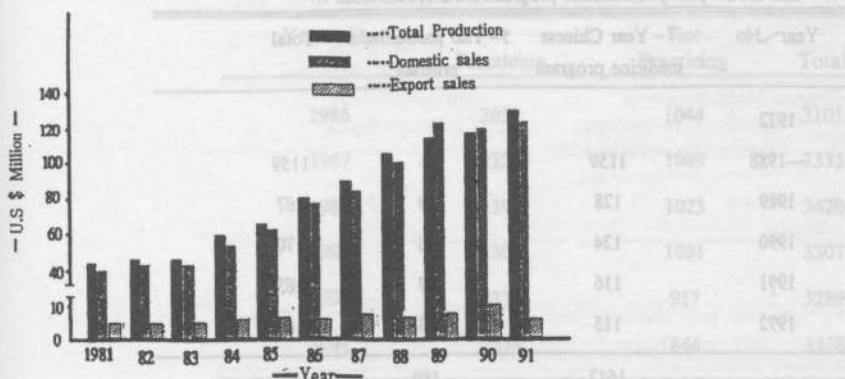


Fig 5. A comparison of domestic and export TCM drug sales from 1981-1991 in Taiwan⁽³²⁾.

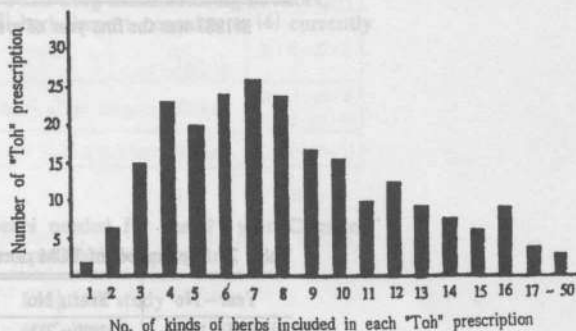


Fig 7. A comparison of different kinds of "Toh" prescription used in Taiwan.

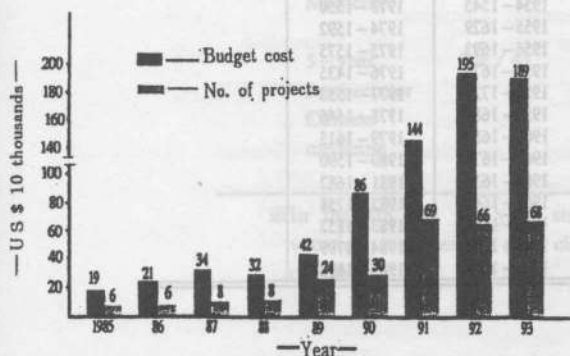


Fig6. Government budgets and numbers of research projects concerning TCM from 1985-1993 in Taiwan⁽²⁸⁻³¹⁾.

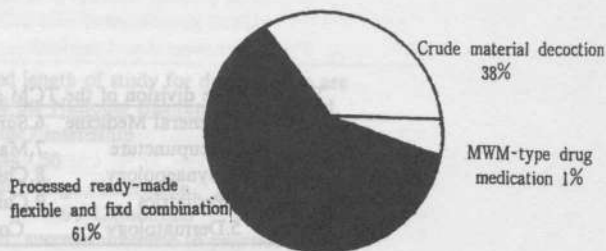


Fig 8. A comparison of the production of TCM drug preparation in 1992 in Taiwan⁽¹³⁾.

Table 1: The number of graduates in the 7-year Chinese medicine program and the 5-year postbachelor program, from 1972-1992.

Year-No	7-Year Chinese medicine program	5-Year postbachelor program	Total
1972			
—1988	1159	—	1159
1989	128	39	167
1990	124	46	170
1991	116	47	163
1992	115	48	163
	1642	180	1822

※1987 was the first year of graduates to the 5-year postbachelor program.

Table 2: The number of TCM doctors practicing from 1901-1991 in Taiwan (77 28).

Year-No	Year / No	Year / No	Year / No	Year / No
1901-1903	1920-732	1939-0141	1967-1587	1986-2057
1902-1903	1921-674	1940-0133	1968-1550	1987-2324
1903-1853	1922-632	1941-0119	1969-1382	1988-2397
1904-1742	1923-583	1942-0097	1970-1384	1989-2306
1905-1671	1924-558	1950-0781	1971-1466	1990-2372
1906-1506	1925-522	1951-1337	1972-1474	1991-2514
1907-1458	1926-486	1954-1545	1973-1550	
1908-1418	1927-456	1955-1629	1974-1592	
1909-1314	1928-422	1956-1693	1975-1575	
1910-1266	1929-384	1957-1678	1976-1435	
1911-1223	1930-304	1958-1723	1977-1552	
1912-1161	1931-325	1959-1688	1978-1546	
1913-1100	1932-305	1960-1688	1979-1615	
1914-1041	1933-281	1961-1674	1980-1590	
1915-979	1934-256	1962-1634	1981-1682	
1916-927	1935-233	1963-1641	1982-1758	
1917-887	1936-204	1964-1666	1983-1852	
1918-830	1937-181	1965-1594	1984-1799	
1919-786	1938-163	1966-1554	1985-1892	

Table 4: The division of the TCM department.

1.General Medicine	6.Surgery
2.Acupuncture	7.Massage
3.Gynaecology	8.Chinese Medical Diagnosis
4.Pediatrics	9.Chinese / Western Medicine
5.Dermatology	Cooperative Center

Table 3 : A comparison of TCM doctors practicing and not practicing in Taiwan 1986 - 1991.

Year	No Practicing	Not Practicing	Total
1986	2057	1044	3101
1987	2324	1009	3333
1988	2397	1023	3420
1989	2306	1001	3307
1990	2372	917	3289
1991	2514	844	3358

※ "Not practicing" includes : (1) TCM drug manufacturing advisors, (2) herb pharmacy consultants (3) herb import consultants (4) currently unemployed

Table 5 : The required credits and years needed for the 7-year Chinese Medicine program and 5-year postbachelor program.

Program	Credits required at College / Internship	Length of study at College / Hospital(year)	Qualification
7-year Chinese Medicine	358 / 32 * + (48)	5 / 1/2 * + (2)	①B.M. ②license for TCM & MWM
5-year Postbachelor Chinese medicine	148 / 45	4 / 1	①B.M. ②license only TCM

※In the 4th and 5th year, students utilize their summer and winter vacation in order to gain clinical experience and obtain the above credits.

Table 6 : Required credits and required length of study for doctors who are self-taught and have passed the National Examination in TCM.

1. Credits requirement at college / internship	44 / 50
2. Minimum length of study at college / internship	6 / 12(months)
3. No degree offered, however, successful license to practice TCM.	

Table 7 : A 1 year training program offered to Interns of the 5-year postbachelor program in Chinese Medicine Department at the CMC Hospital.

Division	Length of Study(months)
I General Medicineincluding Gynaecology, Chinese Medical Diagnosis,etc.	6
II Acupuncture	3
III Massage	3

Table 8 : The schedule and training course for Internship in the Chinese Medicine Division, Chinese Medicine Dept. at the CMC Hospital.

Day	W1	W2	W3	W4	W5
8:00-9:00	Instruction by Specialist Dr.	TCM Seminar	Seminar for Whole hospital	Case reports and discussion	Reading study
8:00-12:00 14:00-16:30	Teaching program for In - Patient and Out - Patient				
16:00-17:30	Special lectures or audio-visual teaching				

Table 9 : Training course for Internship in Chinese Medicine Division, Chinese Medicine Dept. at the CMC Hospital.

- 1.....Teaches students how to write case-histories and follow up on patients
- 2.....Aims at familiarizing students with the traditional "4 methods of diagnosis" (1) to look, (2) to smell, (3) to ask, 4.to feel.
- 3.....Aims at familiarizing students with different diagnosis according to the "8 conditions".
- 4.....Accompanying resident doctors on his/her rounds, pre-examination and daily assessment of patients.
- 5.....The study of categories and usage of Chinese herb formulation.
- 6.....Case report and seminar.

Table 10 : The training course for Internship in the Massage Division, Chinese Medicine Dept. at the CMC Hospital.

- 1.....Review of muscle and skeleton system of human body
- 2.....The basic knowledge of physical exam,(including x-ray)
- 3.....The clinical aspect of Massage
- 4.....Good knowledge of preparation of external TCM
- 5.....The treatment of bruises and dislocation.
- 6.....The packing techniques of bandage.
- 7.....Good knowledge of oral TCM applied in Massage Division
- 8.....Case reports and seminar.

Table 11 : Training course for Internship in the Acupuncture Division, Chinese Medicine Dept. at the CMC Hospital

- 1.....The concept of Diagnosis in Acupuncture.
- 2.....Good knowledge of the meridians and Acupuncture points.
- 3.....The basic needle techniques
- 4.....The techniques of sedation and tonification
- 5.....The basic knowledge how to carry out a physical examination(including x-ray)
- 6.....The diagnosis and treatment of acute disease
- 7.....The treatment and prevention of needle shock and Pneumothorax.

Table 12 : Special clinics combining Chinese and Western medicine.

• Tumors	• Nephro disease
• Hepatitis	• Insomnia, Headache
• Dysmenorrhoea	• Allergic Rhinitis
• Asthma	• Gastro-entero-
• Pain & Soreness	disturbances
• Cardiovascular Disease	

Table 13 : The number of hospitals and clinics with the exclusive function of TCM in Taiwan 1986-1991⁽²⁸⁾.

Year	Hospitals	Clinics
1986	61	1796
1987	72	1705
1988	78	1652
1989	78	1654
1990	86	1672
1991	92	1689

※TCM hospitals have at least 3 departments as clinics with only 1 or 2.

Table 14. The institutions which are responsible for TCM research in Taiwan in 1992⁽²⁹⁻³¹⁾.

- 1.CMC (China Medical College)
- 2.NRICM (National Research Institute of Chinese Medicine)
- 3.TMCG (Taipei Medical College)
- 4.NYMC (National Yang Ming Medical College)
- 5.KMCG (Kaohsiung Medical College)
- 6.CSMC (Chung-Shan Medical College)
- 7.NTUM (National Taiwan University, College Of Medicine)
- 8.VGH (Veteran's General Hospital, Vacrs)
- 9.CNCP (Chia-Nan Junior College Of Pharmacy)
- 10.TJPC (Ta-Jen Pharmaceutical College)
- 11.TKU (Tam Kang University)
- 12.CUC (China Culture University)
- 13.FDBG (Food And Drug Bureau, Depart. Of Health, Executive Yuan)

VII REFERENCES

1. 林慶鐘。1992。台灣中醫臨床教育之探討。中醫藥雜誌。中國醫藥學院。Vol 3, No1, PP 9-17。
2. 林慶鐘。1992。M型免疫球蛋白腎小球腎炎病例。中醫臨床慢性病例研討會。台中市中醫師公會。PP 52-64。
3. 林增吉。1992。台閩地區勞工保險局公告。台灣省政府勞工保險局。5P。
4. 林端宜。1990。台灣中醫教育特色。明通醫藥。9月期。P.41-43。
5. 張永賢。1990。學士後中醫系針灸實習教學進展表。2P。
6. 陳介甫。1991。台灣地區中醫藥文獻摘要專輯Vol 1-5 國立中國醫藥研究所叢書。
7. 陳大慶。1973。中醫師與中藥商管理。台灣省文獻通誌。台灣省文獻委員會。Vol 4。PP 370-375。
8. 陳太義。1977。中醫師之訓練制度。中國醫藥學院台中附設醫院。4P。
9. 陳太義。1980。中西醫學能否結合與怎樣結合研究。中國醫藥學院中醫研究所。3P。
10. 陳太義。1980。中醫教育之得失。中國醫藥學院。4P。
11. 陳太義。1986。中醫教考用的歷史回顧。衛生月刊。10月, P.64-68。
12. 陳太義。1986。在中醫學急劇轉變中將如何推展突破創新。中醫附設醫院月報。2P。
13. 陳太義。——。中醫教育現況簡報。7P。
14. 陳太義。——。中醫師專業訓練之初基。3P。
15. 陳太義。——。中國醫藥學院附設醫院住院醫師中西醫師臨床交織訓練。2P。
16. 陳太義。——。改進中醫教育研究窮議。4P。
17. 陳太義。1987。我的第二生命—中醫。新醫潮16.P.102-109。
18. 覃勤。1977。建國以來中醫之奮鬥。中華民國中醫師公會全國聯合會。P.1-3。
19. 孫爾黛。1992。科學中藥業。華銀月刊。Vol.499。PP.7-9。
20. 黃勁松。1988。台灣中醫藥的歷史和現狀。福建中醫藥。Vol.19:(1) P.47-49。
21. 黃勁松。1989。陳太義學術思想管窺。福建中醫藥。Vol.20:(2) P.26-29。
22. 朱潮。1988。漢英醫學大辭學。人民衛生出版社。1837P。
23. 肖林容。1989。台灣研究針灸概況。福建中醫藥。Vol 20:(2) P.27-28。
24. 肖林容。1990。陳太義教授學術思想探討。中醫高教究。1990(1) P.45-47。
25. ——。1987。台灣醫藥。衛生署。1099:9。
26. ——。1986。中國醫藥學院中醫部各科現況與展望。18P。
27. ——。1991。中國醫藥學院附設醫院成立十週年紀念。78P。
28. ——。1991。中華民國80年衛生統計。行政院衛生署。Vol 2 PP 146-482。
29. ——。1991。中醫研究成果摘要彙編。1989—1991三年度。行政院衛生署。1959。
30. ——。1991。中華民國科技期刊論文索引。行政院國家科學委會。1264 P。
31. ——。1991。中華民國期刊論文索引。國立中央圖書館編印。2168 P。
32. ——。1991。1991經濟部統計資料。行政院經濟部統計處。384 P。
33. Saku, Motohiro. 1993. The current situation of Traditional Medicine in Japan. Hayashibara Forum. Japan, Okayama. 8P.

Dr. Ching-Chung Lin
Department of Chinese & Western Medicine
Cooperative Treatment Centre, China Medical College Hospital
Taichung, Taiwan.

**** Utilization of local herbal Plants. How to distinguish medical plants in nature; How to educate people to use herbal plants.**

I. Investigation: Should be done in normal time;

1. Investigate the species of medical plants which are most popular species for folk treatment in each kind of disease, also to confirm the species of medicinal plants which can be effective to the patients.
2. Investigate the species of raw materials of medical plants which are sold in herb' pharmacies, also to collect this kind of samples for further confirmation and study.
3. Cooperate with pharmacists or samplers to sample medical plants in the field. This includes the studying of: species; morphology; distribution; ecology; histology; pharmacology and effectiveness of each kind of medical plants.
4. Confirm the scientific name of each species of medical plants by the methods of morphology; histology..... etc.

II. Build up the botanical gardens of medical plants for the purpose of species recognition; researching and sightseeing.

III. Make colored pictures' leaflets for each species of medical plants with detailed explanation including species; morphology; effectiveness etc.

IV. Have government pay more attention to local medical plants for emergency usage; and utilize in textbooks, if possible.

V. The doctors (medical plants experts) should write more articles in public newspapers and magazines for public awareness in regard to medical emergency situation.

VI. Organize a Medical Plants' Association. Which will hold discussion meetings and field sample activities to improve its membership's knowledge in the area of medical plants.

**** How to know indications;**

I. Build up the animal models for screen testing of medical plants for certain kind of illness.

II. Only after successfully testing animals in the laboratory, should it then try to be used for human beings.

**** How to prepare materials into pharmaceutical form;**

I. Collect the seeds of useful medical plants and also try to build up an inventory to keep for them for emergency.

- II. Investigate and create computer files of annual total production and consumption of each kind of species of medical plants.
- III. Study the possibility of tissue culture of medical plants for mass production.
- IV. Study large scale of planting medical plants in suitable areas.
- V. Have standard samples and inspection methods for manufacturing medical plants into drug types, which is important to maintain the quality control.

**** Utilization of local traditional remedies at form; How to learn local traditional medicine; How to approach and cooperate with local traditional healers;**

- I. Investigate which is the most utilized local traditional remedies for each kind of disease.
- II. Make leaflets which describe the indication and contradiction of local traditional remedies for certain diseases. English translation is necessary for Multi - National Doctors' Mission.
- III. Unify the medical terms between MWM and Local Traditional remedies, so that doctors of both can communicate with each other effectively.
- IV. It is important to make AMDA well known in Taiwan. So maybe someday the Asian Multi - National Doctors' mission come to Taiwan, they can be accepted and get cooperation easily by the local healer.

**** Introduction of non-local traditional remedies; such as acupuncture.**

Give acupuncture lectures and training courses for doctors of disaster areas as follows;

- 1.....The Concept of diagnosis in Acupuncture.
- 2.....Good knowledge of the meridians and Acupuncture points.
- 3.....The basic needle techniques.
- 4.....The techniques of sedation and tonification.
- 5.....The basic knowledge how to carry out a physical examination (including X-ray).
- 6.....The diagnosis and treatment of acute disease.
- 7.....The treatment and prevention of needle shock and pneumothorax.

- Dr. Nirmal Rimal, MBBS

General Overview

Ayurveda is a traditional system of medicine which has been in practice since time immemorial and is still being practised extensively in Nepal. Although modern (western) medical service is rapidly being established people at large are still dependent on Ayurveda for their health problems. Ayurveda is basically practised by traditional medical practitioner and a few modern medical doctors as well. Though the oldest medical system in this country, no scientific researches have been done to test its efficacy and safety so far. Obviously scientific researches are required to be conducted in order to preserve and improve this traditional medicine.

History

Historical evidences indicate that the famous Ayurvedic classics - Caraka & Susruta were compiled and well known far and wide before the advent of Buddhism and Christianity, i.e. before 600 BC¹.

Susruta also known as "Father of Ayurvedic Surgery", compiled the surgical knowledge of his time in his classic "Susruta Samhita" believed to be between 800 B.C. and 400 A.D.²

It is believed that Ayurveda was introduced in Nepal after the visit of Nagarjun before the foundation of Kathmandu valley. Since then the knowledge of Ayurveda has been inherited from generation to generation with additional experience as a tradition. There are about twelve hundred families of traditional physicians in Nepal and few families have been practising Ayurveda for fifteen generations.³

In Kirat dynasty (before 1st century) "Tibetan Medicine" and "Tantras" were introduced and practised along with Ayurveda. During the Lichhawi dynasty Buddhism was widespread through out the country and during this period Ayurveda witnessed tremendous growth and development and so was throughout Malla period (1206-1750 A.D.).³

In the 12th century, many Ayurvedic scholars and Vaidyas migrated to Nepal from Nalanda (Now in India) after the invasion of Bhaktiyar Khilji. In the 17th century, a national Ayurvedic Pharmacy was established with improvement to previously established pharmacy during Malla dynasty (1206-1750 AD).

During the period of Prime Minister Chandra Shamsher J.B. Rana, many books were published on Ayurvedic medicine and in honour to this system the national Ayurvedic pharmacy was shifted to Singha Durbar under the name of Singha Durbar Vaidyakhana (Pharmacy). Which is still in existence though seeking improvements. The list of Ayurvedic Manuscript in the Archaeology department written in various dialects are the evidences of better condition of Ayurveda in ancient period in Nepal.

Recent History

Before the introduction of western medical system in Nepal with the establishment of Bir Hospital in 1884 AD, Ayurvedic system of medicine was the only system of medicine which was provided to the common people by the government by opening Ayurvedic Aushadhalaya (Pharmacy) in different parts of the country. For the last 75 years, modern medical system expanded rapidly in the country because of western influence and support from the government. While the traditional Ayurvedic system of medicine could not flourish and develop well due to lack of proper attention and priority. In spite of these facts still many people believe in Ayurveda and practice Ayurveda in every nook and corner of the country.

However, it is being a bit revived and due to increasing demand of Ayurvedic medicine in Nepal and in foreign countries as well many private companies have been established and are growing day by day like Gorkha Ayurveda Company Pvt. Ltd. and National medicine Industry.

Although in the recent health policy of the Government (1991 AD), it has been emphasised regarding Ayurveda and other traditional health system that:

- (a) Ayurvedic system will be developed in a gradual manner. Organizational structure for different levels will be prepared separately. This section of medicine will be developed and expanded on the basis of evaluation of service through research.
- (b) Encouragement will be provided as possible to other traditional health system like Unani, Homeopathy and Naturopathy.

It has not been translated into practice yet, as people concerned openly grudge about it. At present, Ayurveda and Ayurvedic medicines have fascinated several foreign intellectuals and scientists. Although it seems that the Government is not paying proper attention to promote the Ayurvedic system, western countries are interested and attracted towards it. The reason being Ayurvedic medicines are, locally available, mostly cheap, having less side effect, time tested, variety, tremendous scope of research and also being a part of culture and tradition of the people.

Licence and Education

There is no specific licensing system for the practice of Ayurvedic medicine but it is under consideration in the parliament. There is a long history of Ayurvedic Medical Education in Nepal. In ancient time, there were no organized Ayurvedic Institute or Hospitals^{Ayurvedo} was introduced in Nepal in "Gurukul Parampara" (Tradition in which

saints, sage and learned teachers used to teach students about various aspects of life).

The education and training of health personnel in Nepal was started first with Ayurvedic education. Considering the need of expert Ayurvedic health personnel, some student were sent to India to study Ayurveda during 1901 to 1929 AD. The different levels of Ayurvedic course viz. Bidya Vinod, Baidya Bhusan and Baidya Ratna were started at Ayurveda Vidyalaya (School) in 1933, 1935 and 1937 AD respectively. Students had to study for 2 years to cross each level after passing the examination.

New curriculum in Ayurvedic education was designed in 1952 AD and with the introduction of that course the Baidya Vinod, Baidya Bhusan and Baidya Ratna were replaced by Upa Baidya, Ayurved Shastri and Acharya respectively.

The different levels of Ayurvedic health manpower trained in Nepal and their number from 1933 to 1974 AD grouped under three categories as given in following Table No. 1:

It has not been translated into practice yet as people concerned openly grudge about it. At present, Ayurveda and Ayurvedic medicines have fascinated several foreign intellectuals. Although it seems that the Government is not paying proper attention to promote the Ayurvedic system, western countries are interested and attracted towards it. The reason being Ayurvedic medicines are locally available, mostly cheap, having less side effect, time tested, variety, tremendous scope of research and also being a part of culture and tradition of the people. In (Ayurveda) Ayurveda has expanded rapidly in the country because of support from traditional Ayurvedic medicine. There is no specific license for the practice of Ayurvedic medicine but it is under consideration in the parliament. There is a long history of Ayurvedic Education in Nepal. In ancient time, there were no organized Ayurvedic Institute or Hospital, was introduced in Nepal in "Gurukul Parampara" (Tradition in which

Table No. 1

Showing the number of different level Ayurvedic health manpower from 1933-74 AD⁵

Category	Level of Ayurvedic Course	Total Number Graduated from 1933-74
I	Baidya Vinod	50
	Upa Vaidya	11
	Ayurveda Madhyama	39
	Madhyama	9
	Total:	109
II	Baidya Bhushan	34
	Ayurveda Shastri	38
	Shastri	41
	Total:	123
III	Baidya Ratna	19
	Ayurvedacharya	19
	Acharya	10
	Total:	48
	GRAND TOTAL:	280

A new curriculum for certificate level of Ayurvedic education (3 years course after School) was developed. It includes the subject of basic science and modern medicine with the aim to educate and train Ayurvedic health personnel according to the present need of the country in 1973 AD and were awarded the degree of certificate in Medical Science, Traditional and General Medicine. The total number of Ayurved health personnel trained in this course under Institute of Medicine to date is 162.

Considering the acute shortage of higher level Ayurvedic health personnel in the coming years in 1987 AD. Institute of Medicine Ayurved Campus started Bachelor Degree in Ayurved Medicine and

Surgery (4 1/2 + 1 year). Currently, three batches of students, 15 in each batch, are undergoing their study and the first batch is expected to be produced next year. In the curriculum Modern Medicine is integrated with traditional Ayurvedic Medicine ratio being 40 and 60%. In spite of this there is still confusion in the interpretation of integration on the part of modern health planners as well as amongst the Ayurvedic authorities. This is because of the insistence of some modern as well as Ayurvedic personnel that they represent two different systems and shall be developed independently. The different levels of Ayurvedic health manpower trained in Nepal and their number from 1974-91 AD is show in the following Table No. 2.

Table No. 2

Category	Level of Ayurvedic Course	Year	Total No. Graduated
I	Auxiliary Ayurvedic Worker (AAW)	1988-90 AD	67
II	Certificate in Medical Science, Traditional and General Medicine	1973-91	162
III	Bachelor Degree in Ayurvedic Medicine and Surgery (BAMS)	1987-1990	47 (Enroled)
GRAND TOTAL:			229+47

Any modern medical doctors can practice Ayurvedic medicine but due to lack of knowledge in Ayurveda they are not doing so. those who are interested acquire the knowledge through books on Ayurvedic medicine. Any pharmacist with the pharmacist licence may sell Ayurvedic medicine legally and they are selling these medicines. There are 8648 medicine shops where Ayurvedic preparation are sold along with modern drugs. There are altogether around 700 trained Ayurvedic health personnel of different levels working in different parts of the country.

Clinical Institutes

- a) **Ayurvedic Clinics and Hospitals:** setting up of Ayurvedic clinic was started from 1917 AD and before that it was practised privately. The present Ayurvedic Hospital Nardevi was established in 1917 AD⁵ with 4 beds and now it is 50 bedded hospital. . In 1962, AD a pathological lab was set up for carrying routine investigation of stool, urine, and blood. In 1971 A.D. Zonal level Ayurvedic Clinics were set up in 14 zones.

Situation of different level Ayurved Clinics and Hospital under government is given below in Table No. 3.⁶

Table No. 3

I. Ayurvedic Aushadhalaya (Clinic):		
a)	District level and other	145
b)	Integrated clinics (MM + TM)	10
II. Ayurvedic Clinics Zonal Level		
		14
III. Ayurvedic Chikitsalaya (Hospital)		
a)	Nardevi Kathmandu (estb. 1917 AD) 50 bedded	1
b)	Ayurvedic Hospital Dang (1987 AD) 15 bedded	1

Besides these government run Ayurvedic clinics there are also several reputed Ayurvedic clinics on private basis.

- b) **Production of Ayurvedic Medicines:** Singh Durbar Baidyakhana (Pharmacy) established during the period of Malla dynasty

(1286-1758 AD) is the only manufacturing unit of Ayurvedic medicines managed and controlled by the government. Besides, there are several small scale manufacturing unit in private sector. Singh Durbar Baidyakhana started to supply the medicines to different Ayurvedic clinics in 1958 AD. Presently the production is far less to meet the requirement of Ayurvedic medicines (<25%) and it seems essential to improve capacity by making it equipped modern apparatus and technology.

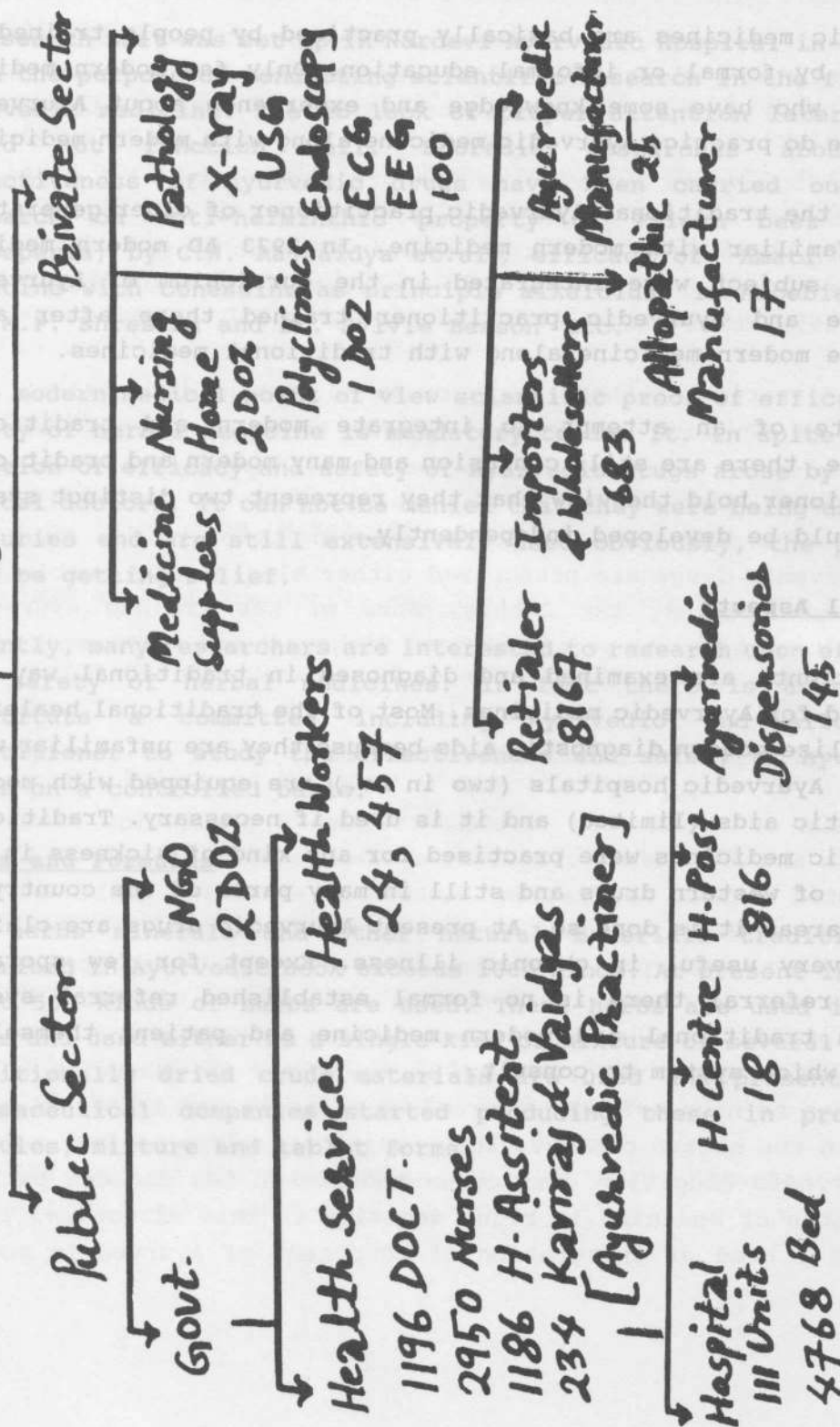
Many people concerned with Ayurveda are critical to the government that it is not paying adequate attention towards the production of Ayurvedic medicines. On the other hand, due to increasing demand of Ayurvedic medicines in Nepal and abroad many private companies have been established and growing day by day. Gorkha Ayurved Company Pvt. Ltd. established in 1984 AD, a Nepalese - French joint venture, is one of the pioneer in manufacturing Ayurvedic medicine on a large scale.

Modern medical doctors do not have adequate knowledge of herbal medicines and they prescribe mainly ready made modern medicines and a few who have some knowledge and experience also practice ready made herbal preparation at their clinic. Modern hospital do not supply herbal medicines. Pharmacist sell modern medicines and processed herbal preparation. Traditional Ayurvedic practitioner (Vaidya) sell both crude herbs and processed preparation. There is no insurance system for both modern and traditional system of medicine till now.

The diagram given below shows overall situation of health management in the country.⁷

DG 1

Health Management



Source: Statistical Pocket Book Nepal 1992

Relation to Modern Medicines

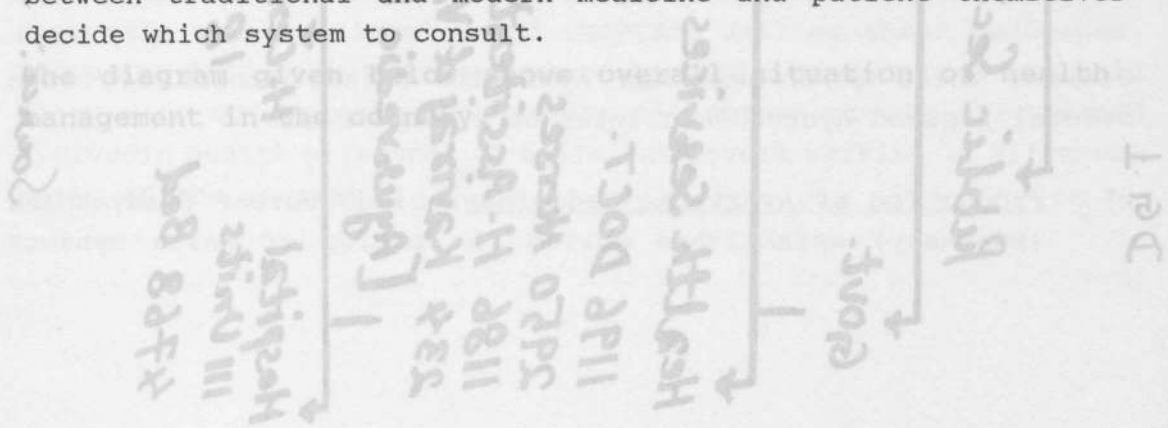
Ayurvedic medicines are basically practised by people trained in Ayurved by formal or informal education. Only few modern medical doctors who have some knowledge and experience about Ayurvedic medicine do practice Ayurvedic medicine along with modern medicine.

Most of the traditional Ayurvedic practitioner of older generation are unfamiliar with modern medicine. In 1973 AD modern medical science subject were integrated in the curriculum of Ayurvedic medicine and Ayurvedic practitioner trained there after also practice modern medicine along with traditional medicines.

In spite of an attempt to integrate modern and traditional medicine, there are still confusion and many modern and traditional practitioner hold the view that they represent two distinct system and should be developed independently.

Clinical Aspects

All patients are examined and diagnosed in traditional way and selected for Ayurvedic medicines. Most of the traditional healer do not utilize modern diagnostic aids because they are unfamiliar with it. But Ayurvedic hospitals (two in no.) are equipped with modern diagnostic aids (limited) and it is used if necessary. Traditional Ayurvedic medicines were practised for any kind of sickness in the absence of western drugs and still in many parts of the country in remote areas it is done so. At present Ayurvedic drugs are claimed to be very useful in chronic illness. Except for few sporadic mutual referral there is no formal established referral system between traditional and modern medicine and patient themselves decide which system to consult.



Research Aspects

A research unit was set up in Nardevi Ayurvedic Hospital in 1968 AD with the purpose of conducting scientific research in the field of Ayurvedic medicine. Due to lack of proper attention later on it could not function well. Sporadic researches about the effectiveness of Ayurvedic drugs have been carried out viz. research on anti-helminthic property of Palash beez (*Butea monosperma*) by C.N. Rajvaidya et.al⁸, efficacy of Amati (herbal medicine with conessine as principle alkaloids) in Amoebiasis by Dr. M.P. Shrestha and Dr. Sylvie Besson⁹ etc.

From modern medical point of view scientific proof of efficacy and safety of herbal medicine is mandatory to use it. In spite of the question of efficacy and safety of Ayurvedic drugs arose by modern medical doctors, it can not be denied that they were being used for centuries and are still extensively used obviously, the patient must be getting relief.

Recently, many researchers are interested to research upon efficacy and safety of herbal medicines. In fact there is a need to constitute a committee including Ayurvedic and Allopathic practitioner to study the effectiveness and safety of Ayurvedic drugs on a controlled basis.

Herbs and Formulas

The herbs minerals and other natural materials traditionally described in Ayurvedic book exceeds 1000 kinds. At present in Nepal about 500 kinds of herbs are used. These herbs are used in five forms and used either as a single kind or mixture of several kinds. Traditionally dried crude materials are used and presently few pharmaceutical companies started producing these in processed granules, mixture and tablet forms.

Ayurveda is defined "is a science of living". It not only concerns itself with the disease but also the preservation of health which it considers an equilibrated state psychic as well as somatic.

Of significance in Ayurveda is the "tridosha theory of disease". The doshas or humours are Vata (air), Pitta (Bile) and Kapha (mucus or water). Disease is explained as disturbances in the equilibrium of three humours. When these are in perfect balance and harmony, a person said to be healthy.

There are various methods in Ayurveda to examine the patient. One of them is "Tribidh Pariksha" (3 points to examine) which consist of; a) Prasna (question); b) Darsan (inspection); c) Sparsa (palpation). After enquiry and examination of the patient a diagnosis is made according to the prominence of Doshas (humours) and Ayurvedic drugs are prescribed either single or in combination which acts against the Doshas. Some of the trained Ayurvedic practitioner also use modern medical diagnosis and assessment along with the Ayurvedic methods.

Future Prospects of Traditional Medicine

Basic aim of the health care is to have a population free from diseases and any means or medical system leading towards it should be adopted without hesitation. To have an effective health service with the maximal utilization of local resources, it would be imperative to incorporate the use of locally available traditional drugs in the health delivery system. and Ayurved might contribute significantly in this regard. For this to happen, there is a need of extensive study and research in the field of Ayurvedic herbal medicines to have scientific proof of efficacy and safety of these herbs in the modern context. Integration of modern medical science in Ayurvedic education curriculum undertaken two decades back by Institutes of Medicine is right decision in this direction. There is also a need of integration of component of Ayurved in modern

medical curriculum to equip modern medical doctor with the knowledge of Ayurved for better understanding of this traditional medical system.

The Nepalese mountains considered to be storehouse of herbs because of deforestation and soil erosion are gradually loosing the famed Himalayan drug plants. Most of these herbs are exported in raw form and imported as finished products of Ayurvedic or multinational pharmaceutical companies. To prevent this drainage of valuable resource and to help solving the countries health problem by indigenous source, this is right time we give serious consideration upon it and take appropriate measure to save Ayurved being extinct.

References

- (1) Ayurveda - Its Past and Its Relevance in Nepal Today - Dr. L.M. Singh JIOM, March 1981.
- (2) Text Book of Preventive and Social Medicine by J.E. Park
- (3) Historical Background of Ayurvedic Medicine - Dr. Sarita Shrestha.
- (4) Health Policy of Ministry of health, HMG/Nepal (1991).
- (5) Ayurved in Nepal - Dr. R.B. Sahu, JIOM Sep. 1982.
- (6) Department of Ayurveda Records.
- (7) Statistical Pocket Book Nepal, 1992.
- (8) Clinical Study of certain Indigenous Anti-helminthic Drugs - C.N. Rajvaidya et.al. - JIOM, 1979 August.
- (9) Efficacy of Amati in Amoebiasis - Dr. M.P. Shrestha and Dr. Sylvie Besson, 1990-91.

AMDA 国際医療情報センター 便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1-ハイジア

Tel 03(5285)8088, 03(5285)8086, FAX 03(5285)8087

1993年度月別/国別相談件

(単位: 件/%)

		91年度	92年度	93/4	5	6	7	93年計	比率(93)	開設-累計	比率
東アジア	中国	129	157	14	6	9	5	34		320	
	日本	24	17	0	0	0	1	1		41	
	韓国	15	42	6	4	3	3	16		74	
	東アジア小計	169	215	20	10	12	9	51	8.75%	435	13.81%
東南アジア	フィリピン	65	86	10	16	12	10	48		199	
	タイ	17	13	1	2	2	2	6		36	
	インドネシア	5	15	3	5	2	3	13		33	
	マレーシア	5	5	1	3	0	0	3		18	
	シンガポール	5	5	0	0	0	0	0		13	
	ミャンマー	5	8	1	0	0	0	1		8	
	インドネシア	3	3	2	0	0	1	3		5	
	インドネシア	1	1	0	0	0	0	1		4	
	ブルネイ	1	2	0	0	0	0	1		1	
		東南アジア小計	106	140	17	28	16	23	84	14.41%	330
南アジア	パキスタン	39	12	2	1	5	0	8		59	
	バングラデシュ	40	28	4	8	3	1	16		84	
	スリランカ	30	14	0	4	2	3	9		53	
	ネパール	11	15	1	1	2	1	5		31	
	アフガニスタン	6	6	0	0	0	0	3		15	
	南アジア小計	126	76	7	14	14	6	41	7.03%	243	7.74%
北米	アメリカ	287	376	33	20	21	34	108		771	
	カナダ	58	64	4	2	6	5	17		53	
	北米小計	345	440	37	22	27	39	125	21.44%	810	28.08%
西欧	イギリス	36	70	9	4	7	10	30		136	
	フランス	9	14	1	1	0	0	2		25	
	ドイツ	12	12	2	1	2	1	6		31	
	スイス	6	5	0	1	0	0	1		17	
	イタリア	9	9	0	1	0	0	1		8	
	オーストラリア	5	2	0	0	0	0	1		5	
	アイスランド	4	2	0	0	2	0	2		8	
	スウェーデン	2	3	0	1	0	1	2		7	
	オーストリア	3	0	0	0	0	0	0		1	
	スコットランド	1	0	0	0	0	0	0		5	
	フィンランド	2	3	0	0	0	0	0		2	
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	0		2	
	ベルギー	0	3	0	0	0	0	0		3	
	ノルウェー	0	0	0	0	0	0	0		0	
	西欧小計	93	126	14	9	13	16	52	8.92%	271	8.60%
東欧	ロシア	2	1	0	0	0	0	0		1	
	チェコスロバキア	1	0	0	0	0	0	0		1	
	東欧小計	3	1	0	0	0	0	0	0.17%	2	0.32%
中南米	ブラジル	44	74	7	5	7	10	29		147	
	ペルー	40	49	9	9	10	8	36		175	
	アルゼンチン	10	8	1	0	1	0	2		23	
	コロンビア	4	6	0	0	1	2	3		10	
	ボリビア	5	3	1	0	1	1	2		10	
	メキシコ	3	6	0	0	1	0	2		4	
	パナマ	2	2	0	0	0	0	0		1	
	ドミニカ	1	0	0	0	0	0	0		1	
	エクアドル	1	0	0	0	0	0	0		1	
	ウルグアイ	1	0	0	0	0	0	0		2	
	パラグアイ	0	2	0	0	0	0	0		2	
	ボリビア	0	3	0	0	0	0	0		3	
	ジャマイカ	0	2	0	0	0	0	0		2	
	パナマ	0	1	0	0	0	0	0		1	
	コスタリカ	0	1	0	0	0	0	0		1	
	エルサルバドル	0	1	1	0	0	0	1		2	
		中南米小計	112	209	19	14	21	21	75	12.86%	396
豪州	オーストラリア	41	67	9	2	4	4	16		124	
	ニュージーランド	5	13	1	2	2	0	5		23	
	豪州小計	46	80	10	4	3	4	21	3.60%	147	4.67%
アフリカ	ガーナ	12	3	1	0	1	0	2		17	
	ナイジェリア	11	7	0	5	1	1	7		1	
	マリ	1	0	0	0	0	0	0		2	
	カメルーン	2	0	0	0	0	0	0		1	
	サイエール	1	0	0	0	0	0	0		1	
	チュニジア	1	0	1	0	0	0	0		1	
	ザンビア	1	0	0	0	0	0	0		2	
	リベリア	1	1	0	0	0	0	0		2	
	スーダン	1	1	0	0	0	0	0		1	
	セネガル	1	0	0	0	0	0	0		1	
	モーリタニア	0	1	0	0	0	0	0		1	
	セネガル	0	1	0	0	0	0	0		1	
	セネガル	0	1	0	0	0	0	0		1	
		南アフリカ小計	32	15	2	5	2	2	11	1.89%	58
中近東	イラン	13	17	3	2	3	2	10		40	
	イスラエル	9	7	0	0	1	3	4		20	
	トルコ	1	1	0	0	0	0	0		2	
	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	0	0	0		1	
	モロッコ	1	0	0	0	1	0	1		2	
	オマーン	0	1	0	0	0	0	0		1	
	サウジアラビア	0	0	1	1	0	0	1		1	
	中近東小計	24	27	4	3	5	5	17	2.92%	68	2.16%
不明	47	131	37	22	22	24	105	18.01%	283	8.98%	
不											
合	1,104	1,464	168	131	135	149	583	100.00%	3,151	100.00%	

3. 外国人相談者居住地域

	7月	累計		7月	累計
東京	77	1804 (57.2%)	他県	20	303 (9.6%)
神奈川	14	346 (11.0%)	不明	20	282 (8.9%)
埼玉	11	241 (7.6%)	合計	149	3156 (100%)
千葉	7	180 (5.7%)			

4. 相談内容 (複数回答)

7月

(1)言葉の通じる病院の紹介	78 (49.1%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	22 (13.8%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	17 (10.7%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	12 (7.5%)
(5)治療費の問題・トラブル	7 (4.4%)
(6)渡航時予防接種	7 (4.4%)
(7)言葉の問題のみ	6 (3.8%)
(8)労災・交通事故	6 (3.8%)
(9)その他(AIDS検査含む)	4 (2.5%)

合計 159 (100%)

5. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	6	(2)公的機関(大使館・自治体等)	6
(3)マスメディア	4	(4)NGO	3
(5)そのほか	8	合計	27

6. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

(1)通訳・言葉	5	(2)医療機関紹介	3
(3)制度	1	(4)医療費について	1
(5)活動内容	10	(6)取材	0
(7)AMDA関連出版物について	1	(8)その他	9

<センター報告>

1. ベルシャ語相談

毎週(金)9:00~17:00 どうぞご利用下さい

2. ケースワーク研修会

専門の講師をお招きして、センター職員と通訳ボランティアの相談及び通訳業務の質の向上を図ることを目的とした研修です。皆さん勉強の必要性を再認識し、講師の先生の言葉を聞き漏らさないように熱心に受講していました。

3. センターのパンフレットが完成

7ヶ国語で書かれたパンフレットです。

4. 9月26日(日)「医療機関への外国人患者受け入れについて」シンポジウムが大阪で開かれます。代表は宮地尚子先生、副代表は福川隆先生です。AMDA国際医療情報センター大阪の設立に向けて準備が進んでいます。

5. 「服薬指導の本-11ヶ国語-」が10月下旬に完成予定です。薬剤師、医師、看護婦、また外国で暮らす日本人の方にもご利用いただけます。実践で使える具体的な服薬指導の本ですので、どうぞお役立てください。

外国人の医療に関する研究

(1) 栃木県下医療機関の実態調査

国井 修, 野見山 一生

自治医科大学衛生学教室

Present Status of Medical Care for Foreigners in Tochigi Prefecture, Japan (1) Survey at All Clinics and Hospitals

Osamu KUNII and Kazuo NOMIYAMA

Department of Environmental Health, Jichi Medical School, Tochigi

Abstract The number of foreign workers in Japan has rapidly increased during the last several years, because of the nation's insufficient work force. The influx of laborers into Japan has brought various issues to the forefront of society, one of the most serious being their medical care.

To clarify the present status of their medical care, we sent a questionnaire to 1,004 clinics and hospitals in Tochigi Prefecture. The response rate was 55.6%, and the results are summarized as follows:

1. Clinics were rather reluctant to accept foreign patients because of the language barrier and the consequent time-consuming medical care.
2. Two-thirds of foreign patients did not enroll in any health insurance system. Most clinics and hospitals requested foreign patients with no health insurance to pay 100% of the medical cost set by the national insurance system of Japan. Some hospitals required more than 200% of the set cost, while some clinics reduced the cost.
3. Only a few doctors can communicate with patients in English. It is very difficult for doctors to communicate with foreign patients, who speak only their own native language, but not English. Most doctors felt it necessary to have the assistance of translators or booklets for translation.
4. Foreign patients endured illness, that is, ignored illness, delayed or stopped medical care at clinics and hospitals, because of communication problems and high medical costs. Labor injury cases among foreign workers were more frequent than among Japanese workers.
5. The medical cost for foreign workers per year has been estimated to be 44 billion yen (370 million dollars). It corresponds to 0.2% of the total Japanese medical costs of 1989, while the ratio of foreigners to Japanese is around 1.1%.

Key words: Foreign patient (外国人患者), Medical facilities (医療機関), Communication (コミュニケーション), Medical cost (医療費), Labor injury (労働災害)

Reprint requests to: Osamu Kunii M.D., Department of Environmental Health, Jichi Medical School, Minamikawachi-machi, Kawachi-gun, Tochigi 329-04, Japan

外国人の医療に関する研究

(2) 外国人労働者の実態調査

国井 修, 野見山 一生

自治医科大学衛生学教室

Present Status of Medical Care for Foreigners in Tochigi Prefecture, Japan (2) Illness Behavior of Foreign Workers

Osamu KUNII and Kazuo NOMIYAMA

Department of Environmental Health, Jichi Medical School, Tochigi

Abstract This study revealed certain health issues and illness behaviors of foreign workers living in Tochigi Prefecture, Japan. We collected responses to our questionnaires from 317 foreign workers from 41 factories. The results are summarized as follows:

1. The incidences of signs and symptoms of poor health were high among foreign workers. Most signs and symptoms seemed to be related to physical and psychological stresses in daily life and work. The incidences of work-related injury and disease were also high.
2. A quarter of the foreign workers polled did not visit clinics or hospitals regardless of their suffering from severe illness, mainly because of heavy work duties, language barriers and high medical costs.
3. Foreign workers most often visited clinics, pharmacies and hospitals, when they suffered from illness. They would not pay more than ¥10,000 for an outpatient medical visit or ¥100,000 for admission or for total medical costs.
4. Sixty percent of foreign workers had difficulty in communicating with doctors, even in English. This situation made foreign workers hesitant to visit clinics and hospitals in Japan.
5. Forty percent of foreign workers did not enroll in a health insurance system, but half of them felt it was necessary to do so.
6. Fifty-four percent of foreign workers were psychologically unstable. Emergency psychological care should be applied in some cases, such as potential suicide cases.

Key words: Foreign worker (外国人労働者), Illness behavior (受療行動), Language barrier (言語の障壁), Medical cost (医療費), Mental problem (精神問題)

Reprint requests to: Osamu Kunii M.D., Department of Environmental Health, Jichi Medical School, Minamikawachi-machi, Kawachi-gun, Tochigi 329-04, Japan

「ソマリアに思いをよせて」

ソマリア救援委員会委員長
長崎大学熱帯医学研究所
國井 修

1985年4月、僕は世界で一番暑い所としてギネスブックに載ったという、ソマリアの田舎町ルークにいた。渺渺たる大地に地平線を遮るものはなく、開豁たる天空に灼熱光を遮るものは何もなかった。このあらゆるものを拒絶する半砂漠の大地を蘇らせ、飢餓を救い、難民を自立させようというのが、日本国際ボランティアセンター（JVC）のソマリア農業プロジェクトであった。

この当時の難民とは、シアッド・バーレ政権の大ソマリア主義の産物である。エチオピア領オガデン地方はソマリア民族の住む我が領土であると、1977～78年旧ソ連をも相手にまわしてエチオピアと全面戦争をおこした。これにより70万人ともいわれる罪のない遊牧民たちが難民と化したのである。

作物が収穫されて口にできるまでに、多くの民が栄養失調、感染症で死んでいった。見るみにかねてJVCが次に実施したのが、食糧配給センターと簡易診療所の設置である。僕は学生の分際で、医者が誰もいないことに付け込んでこの診療所で働かせてもらったのである。

自分にとって初めてのアフリカ滞在であり、初めての難民診療であった。日中40℃を越える乾いた白い大地の上で一日200人近くの患者を診療し、夜は月明りの下で、援助流れの具のないスパゲティを食らった。知識、経験のない自分は、毎日反省ばかりだった。大学に入学して以来、最も勉強したであろう時間を、灯油ランプの下、難民医療のバイブル"Where there is no doctor"と共に過ごした。自然の偉大さに驚嘆し、人間の強さと脆さに戸惑い、自分の無力さに嗟嘆したのもこの頃であった。

九年の歳月が過ぎてソマリアは変わった。部族間抗争に基づく内戦、それも東西諸国から流れた近代兵器を駆使しての殺戮、破壊がソマリアを地獄に追いやった。JVCが七年半100名近いスタッフを注ぎ込んで作り上げてきた35の農場、552ヘクタールの農地は再び砂漠に帰した。1980年代前半に

各国がソマリア復興のために注ぎ込んだ汗と物と金はなんだったのだろう。ソマリア国外に約100万人が逃げ、数十万人が戦死し、約200万人が飢餓に喘ぐようになった。映像で届けられたソマリアには昔の面影はなく、人も建物も力なく地に伏していた。

今すぐ何かしなくてはならない。カンボジア、湾岸戦争などで、幾度となく私達の心を襲ったこの衝動を、何度押え付けなければならなかったろう。無力な我身と日本の筋違いの援助論に怒りと悔しさを覚えたのは私一人ではなかっただろう。政府登録をして出動を待っていた湾岸戦争。1ヶ月くらい滞在する予定で、その当時勤務していた500床の救急病院の院長からも承諾をもらっていた。内科の医長も、一緒に参加したいと意気を高めていた。難民たちの悲痛な姿が毎日、日本に届けられるも、待てど暮らせど派遣要請は来ない。そのうちに湾岸は静まり、結局、日本からは時期はずれに数回の調査隊らしきものが派遣されたのみだった。

やはり、現地の人々のことを思うと、行くべき時に行く気のある人が行くのが一番いいと思う。ある程度の危険性や不確実性を回避しては、到底、緊急援助などできない。むしろ、危険で不確実で誰も保障できないような時、場所にこそ、助けを求めている人がいることは忘れてはならない。ここで問題は、誰が鈴をつけるかである。我々にその勇氣と能力はあるのだろうか。

AMDAではこの個人の焦燥と情熱を結集し、「必要な時に必要な場所に、アジアのヒューマン・ネットワークを駆使して世界の保健医療に貢献する」という理想を暗中模索し続けてきた。情熱だけでは何もできない。技術と経験を少しずつ積み上げているところである。今回のソマリア難民救援には、総勢20人以上の医師、看護婦が既に派遣されている。そして、NGO合同チームとして、教育、ビジネス、宗教の専門団体が支援し合う。日本政府、現地政府、国連機関、現地NGOと協調し合いながら最善を尽くし、この援助が単発で終わるのでなく、次の国際緊急援助への学びにもしたいと考えている。

皆様のご協力をお待ちしています。

岩手便り

岩井くに

8月も半ばになるというのに岩手県はまだ梅雨があけず、曇った肌寒い日が続いています。新聞によれば、日照時間は平年のわずかに8%しかないそうで、稲も育たず、なすもきゅうりも実らず、みんな「変な天気だ。」と空を仰いでため息をついています。

広田診療所では自治医科大学の夏期学生実習が始まりました。第1班は岩手県人会を主体に4人が訪れ、採血・注射や診察介助など地域医療を学ぶとともにスタッフの労働軽減に貢献してくれました。実を言おうと、この実習は私の主婦実習でもあるのですが、みんな私の手料理にお腹をこわすこともなく、実習を終えました(ホッ)。第2班は1年生2人が予定されています。また、お腹の丈夫な人たちだといのですが、夜中にこっそり薬局から胃腸薬を盗み出すはめになったらどうしましょう。

さて、外国人医療実態調査はカメの歩みのようにデータ集計が始まりました。ほんとにデータに化けて出られそうな進みぶりです。

9月11, 12日には「'93いわて国際交流フェスティバル」も開催され、今年もAMDAはNGO展示ブースへの出展を予定しています。天候不順の年ですが、皆さん、「雨ニモ負ケズ、風ニモ負ケズ」ぜひ岩手へおいでください。冷夏のためか、もうマツタケが採れているそうですよ。

医療機関における外国人患者 受け入れについて

日時

1993年9月26日(日)
午後1時30分—4時30分

場所

大阪府教育会館たかつガーデン

TEL 06 (768) 3911
大阪市天王寺区東高津町7番11号
近鉄上本町下車 徒歩3分
地下鉄谷町九丁目下車 徒歩7分



連絡先：事務局 福川内科クリニック 福川 隆

〒537 大阪市東成区東小橋3-18-3
TEL 06 (974) 2338
FAX 06 (981) 1053

参加費 500円 (会場費、お茶代として)
懇親会費 1500円

主催 AMDA国際医療情報センター大阪設立準備委員会
共催 AMDA国際医療情報センター
AMDA (アジア医師連絡協議会:

Association of Medical Doctors for Asia) 日本支部

後援 大阪府医師会、大阪府 (依頼中)

～AMDAへのメッセージ～

勝瑞夫佐子様 (岡山市津高)

テレビで菅波先生のご活躍を知り、岡山にも素晴らしい方がいるものと感心していました。ちょうどその時黒住教の機関誌で、アジア多国籍医師団のことを詳しく知り、私のできることで協力させて頂こうと思いました。タクシーに乗るところを歩いたりして節約してできたお金を、恵まれないアジア、アフリカの人のために使っていただければ嬉しく思います。

この会がますます大きなお働きされますようお祈りいたします。

井上詔子様 (備前地区母と女性教職員の会)

「子どもたちという共通の宝をもつ仲間として、お母さんと女性教職員が手をつないで、世界中の人々と共に生き、子どもたちによりよい社会を残しましょう。」という趣旨で1954年から続いているこの会も、岡山県備前地区として開催されて、20回目を迎えました。

会の趣旨を何か形あるものに残したいと、去年からチャリティバザーをしています。

ささやかな収益金ですが、ぜひAMDA支部に太いパイプをもち、「顔の見える援助活動」を続けておられることに心から敬意を表わし、いのちを守り育てるという共通のテーマを持つ者として心から応援します。

7月31日(土)「母と女性教職員の会」
子供を取り巻く問題をテーマに

毎年、子供たちを取り巻くさまざまな問題を話し合
ていく「母と女性教職員
の会」20回目を迎える今年
は、7月31日(土)前8時
45分後3時に衛生会館と
三木記念ホール(古京町)
で開催されます。

当日は、前9時から全
体会の後、前10時から7つ
の分科会が行われます。詳
しいテーマは次の通り。

子どもをつますき(幼・
小低)▽子どもをつますき
(小高・中学)▽平和のも
んだい▽障害児の教育▽子
どもと食生活のもんだい▽
男女の自立と共生▽性のも
んだい

また、後1時から、岡
野一央博さん(中国心理診
断センター所長)による講
演会も、「対人関係と自立

さらに、バザーも開催予
定(時間は未定)。出品を募
女性部まで。

集しています。前8時30分
〜9時30分に受付へ、タオル
や石けんなど、家庭で眠
っている品物を持参してく
ださい。収益金はアジア医
師連絡協議会へ寄付されま
す。

問い合わせは(277)
3635岡山市教職員組合



AMDA事務局便り

梅雨のような天気やと晴れて、遅ればせながら暑い夏がやってきました。皆様いかがお過ごしですか。8月26日、ネパール大洪水被災救援のために、事務局の成沢貴子が岡山市内のNGO組織とともにネパールに出発しました。

☆☆☆AMDA地区代表募集☆☆☆

下記の内容で地区代表者を希望される方は事務局にご連絡下さい。

お待ちしております。

AMDA-Japanの組織運営について

地区代表制の意義

地方の活力はAMDAの活力！

地方にいながら自己表現ができるNGOの実現をめざすことです。国際協力／国際貢献に関与したいと思っている会員が、本部のある岡山や高機能集中都市である東京に居住していなくても、AMDAを通してその夢の実現をするシステムです。

(活動内容)

例会の開催

報告会の開催

各種会合参加

広報活動

関係諸機関連絡

募金活動

会員募集

プロジェクト企画／運営

スタディツアー企画／運営

支部の結成／運営

(本部から地区代表／支部へ)

情報提供

プロジェクト／スタディツアー企画運営の支援

春から、ボランティアとして、ニュースレターの原稿をワープロ打ちして下さる方がいます。井口 博さんもその一人です。最近、井口さんからお便りをいただきました。

◇岡山空港初のモンゴル行きチャーター便で8月4日から1週間モンゴルに行って来ました。モンゴルの主要都市(?)間の交通手段は古いロシア製双発プロペラ機で、南ゴビの飛行場は滑走路に草の生えた草原でした。写真機を3台、フィルム50本を用意して出掛けたのですが、これはというのでは撮れませんでした。

私は当年71才と7ヵ月、生きがいを「写真」に見出し、撮影会の為に週1回のstretch体操教室に行っています。しかしこれだけではと思い、今はAMDA事務局でボランティアとして、会員のお手紙、レポートをワープロして、印刷原稿を時々作っています。(井口 博)



南ゴビの夕暮れ(19:00)

読者の皆様へ

本紙の購読をご希望の方はアジア医師連絡協議会
本部事務局までご連絡ください。

住所 ☎701-01岡山市櫛津310-1

連絡 ☎086-284-7730

頒価 1冊500円

株式会社 日立メディコ 特約店

特約サービスステーション

岡山レントゲンサービス株式会社

岡山市大学町6番21号

電話(0862)31-5141(代)

COSMO-M

コスモナディカル株式会社

〒671-11

兵庫県姫路市広畑区小坂136番地1

TEL (0792)38-0455 FAX 38-0453